Öppna jämförelser 2018

En god vård?

Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat

Socialstyrelsen

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Korrigerad: Diagram E.2 har rättats, februari 2019.

Artikelnummer 2019-1-20
Publicerad www.socialstyrelsen.se, januari 2019

Förord

Föreliggande rapport fokuserar på att ge en övergripande bild av hälso- och sjukvårdens resultat. I rapporten presenteras 52 indikatorer utifrån Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet. Rapporten riktar sig främst till lednings- och styrningsfunktioner i hälso- och sjukvården.

Projektledare har varit Martin Lindblom. Birgitta Lindelius har varit ansvarig enhetschef. Flera medarbetare från Socialstyrelsen har medverkat med underlag till rapporten. Socialstyrelsen vill tacka de externa aktörer som bidragit med underlag till årets rapport.

Mona Heurgren
Avdelningschef
Avdelningen för statistik och jämförelser

Innehåll

Förord 3
Innehåll 5
Sammanfattning 7
Inledning 9
Länsprofiler, data och metodbeskrivning 9
Sex frågor och ramverk för uppföljning 9
Bakgrundsfaktorer 13
"Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?" 23
1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad) 24
Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder 28
"Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?" 29
2. Tillgång till sjukvård 30
3. Tandvårdsundersökning de senaste två åren 31
4. Primärvårdens tillgänglighet per telefon 35
5. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård 37
6. Tid till läkarbedömning vid akutbesök 39
7. Responstid för ambulans 41
8. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup 42
9. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård 45
10. Operation inom 90 dagar 47
11. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter 49
12. Utskrivningsklara patienter på sjukhus 52
13. Väntetid till särskilt boende 54
14. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer 56
15. Kontinuitet och koordinering 58
16. Delaktighet och involvering 60
"Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?" 62
17. Tobaksvanor under graviditet 63
18. MPR-vaccination av barn 64
19. Fysisk inaktivitet vid diabetes 66
20. Rökning vid diabetes 68
21. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 69
22. Fallskador bland äldre 71
"Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?" 74
23. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL 74
24. Oplanerade återinskrivningar bland äldre 77

25. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol) 78
26. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes.....81
27. Trycksår i sluten vård (kategori 2–4) 82
28. Vårdrelaterade infektioner 85
29. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng).....87
30. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor.....88
31. Äldre med läkemedel som bör undvikas.....91
32. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre.....93
33. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur.....94
34. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke.....97
35. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar).....99
36. Dödlighet efter hjärtinfarkt.....102
37. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer.....105
Svenska män har högst canceröverlevnad i Norden.....107
38. Dödlighet efter höftfraktur 107
39. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel 110
40. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom 113
41. Återkommande slutenvård i livets slutskede 115
"Blir vi friskare och lever längre?" 118
42. Självskattat allmänt hälsotillstånd.....118
Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra 121
43. Egenrapporterad tandhälsa 122
44. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat).....124
Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige.....127
45. Suicid i befolkningen 128
Skillnader i antal suicid i Europa, Sverige i mitten 131
46. Återstående medellivslängd 132
"Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård?" 134
47. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet.....134
48. Förtroende för att vård ges på lika villkor 136
49. Förekomst av antibiotikabehandling.....137
Sverige har låg förskrivning av antibiotika i europeisk jämförelse 140
50. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda.....141
51. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar.....144
52. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer146
Referenser.....148
Bilaga 1. Metod och redovisning.....155
Om jämförelserna, diagram och tolkning.....155
Indikatorurval 158

Sammanfattning

Rapporten är en del i en omfattande redovisning av indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsens syfte med rapporten är att indikatorerna tillsammans ska ge en översiktlig beskrivning av hälso- och sjukvårdens resultat, inklusive den kommunala hälso- och sjukvården. I rapporten görs den indikatorbaserade uppföljningen efter sex viktiga frågeställningar ur ett invånarperspektiv, som berör kostnader, tillgänglighet, prevention, kvalitet, hälsa och hållbarhet:

- Avsnittet *”Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”* visar att Sverige satsar relativt stora resurser på hälso- och sjukvården. Av kostnaden står den kommunala hälso- och sjukvården för en inte obetydlig del.
- Avsnittet *”Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?”* visar att det är variationer i resultat mellan län och få förbättringar över tid. Problemet med överbeläggningar och utlokaliserade patienter har fortsatt mellan 2016 och 2017 och för redovisade månader 2018.
- I avsnittet *”Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?”* framgår att de flesta resultat pekar åt rätt håll men att det för flera områden finns utrymme för förbättringar. Exempelvis finns stora variationer i tobaksbruk hos gravida med olika utbildningsbakgrund och av andelen patienter som deltagit i *Fysisk träningsprogram efter hjärtinfarkt* för olika län.
- Avsnittet *”Hur är kvaliteten i den hälso- och sjukvård vi får?”* visar på fortsatt goda resultat för majoriteten av indikatorerna som för diabetesvården och överlevnad efter cancer, hjärtinfarkt och stroke över tid och i förhållande till andra länder. Ett undantag som bör noteras är att andelen nyfödda med låg Apgar-poäng (bedömd vitalitet) har fortsatt öka och försämrade värden syns för flera län. Det finns en viss minskning av långvarig förskrivning av vissa potentiellt beroendeframkallande läkemedel (bensodiazepiner) men samtidigt stora bestående variationer mellan län och kommuner som kan tyda på skillnader i praxis.
- I avsnittet *”Blir vi friskare och lever längre?”* redovisas indikatorer som rör hälsoläget i stort där vården bara är en av många bidragande faktorer. Hälsoläget förbättras generellt sett, men som annan folkhälsorapportering visar så förekommer stora och varaktiga skillnader mellan socioekonomiska grupper. Ett undantag från den generellt positiva utvecklingen är förekomsten av suicid där i princip inga förändringar kan ses de senaste 17 åren.
- I avsnittet *”Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård*?” syns några hoppfulla resultat för 2017. Sjukskrivningarna inom hälso- och sjukvården är visserligen på en fortsatt hög nivå jämfört mot andra branscher, men för 2017 noteras ändå en viss minskning av sjukfrånvaron bland landstingsanställda för första gången på flera år. Det samma gäller den tidigare kraftiga uppgången av rapporterade fall av infektioner med antibiotikaresistenta bakterier i form av MRSA och ESBL som också visar en nedgång för 2017 efter att ha ökat sedan rapporteringarna börjat. Här

kan dock provtagningsrutiner och andra faktorer spela roll utöver den verkliga förekomsten.

Totalt sett så visar drygt hälften av resultaten i rapporten på bättre värden för den senaste mätperioden jämfört med den närmast föregående. För de indikatorer som har könsuppdelade värden visar en lika stor andel förbättrade värden för kvinnor som för män.

Utöver de resultat som indikatorerna visar ger redovisningen av bakgrundsfaktorer en bild av skillnader i förutsättningar och utmaningar mellan länen och över tid. Bland annat så framgår att den begränsade tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal i många fall utgör en stor utmaning för hälso- och sjukvården som i flera fall bedöms vara bestående.

Merparten av indikatorerna redovisas uppdelat på kvinnor och män. Dessa indikatorer visar ofta på skillnader men för att fastställa om skillnaderna beror på ojämlik hälso- och sjukvård behövs fördjupade analyser av respektive indikator. Detsamma gäller även ofta de skillnader som rör jämförelser mellan län och grupper med olika utbildningsnivå. Under 2019 kommer Socialstyrelsen att publicera en fördjupad rapport om jämlik vård, bland annat utifrån indikatorer. Dessutom har Socialstyrelsen i uppdrag att under 2019 ta fram ett förslag på förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården med fokus på jämlik vård [1].

Inledning

Syftet med denna rapport är att ge en översiktlig bild av hälso- och sjukvårdens resultat. Rapporten riktar sig i första hand till beslutsfattare på nationell och regional nivå samt i kommuner.

Rapporten är tänkt att fungera som underlag till förbättring av vården, till exempel genom att stödja övergripande arbete för att identifiera och prioritera områden där insatser är mer angelägna. Syftet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvården och socialtjänst är att:

- skapa öppenhet och förbättrad insyn i den offentligt finansierade vården och omsorgen
- ge underlag för ledning och styrning
- initiera lokala, regionala och nationella analyser och diskussioner om verksamheternas kvalitet och effektivitet
- ge ett underlag för utveckling, förbättring, uppföljning och lärande.

Rapporten är en del i en omfattande redovisning av indikatorer som rör uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet[1]. Fördelen med det stora antalet indikatorer som publiceras regelbundet är att flera sjukdomsgrupper och aspekter av hälso- och sjukvården kan belysas, även om nationell information om viktiga områden fortsatt saknas. Den stora informationsmängden har lett till ett behov av att paketera indikatorerna i rapporter med olika fokus. Ledning och styrning samt praktiskt förbättringsarbete sker på olika nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet, vilket också gör att olika typer av underlag behövs.

Länsprofiler, data och metodbeskrivning

Mer om kriterier för indikatorurvalet och om redovisning och metod i övrigt finns att läsa i *Bilaga 1. Metod och redovisning*. Som stöd till den som vill se resultat samlat för enskilda län/landsting[2] finns länsprofiler publicerade i *Bilaga 2. Indikatordata, länsprofiler och indikatorbeskrivningar.* Där finns även länkar till detaljerade beskrivningar av indikatorerna samt all indikatordata i en datalista för att underlätta vidare hantering. Datalistan innehåller bland annat fler mätperioder på länsnivå än vad som redovisas i huvudrapporten.

Sex frågor och ramverk för uppföljning

Eftersom den primära målgruppen för rapporten är beslutsfattare med ansvar att tillhandahålla invånarna en god vård, så delas jämförelserna in i kapitel utifrån sex frågor ur ett invånarperspektiv:

---

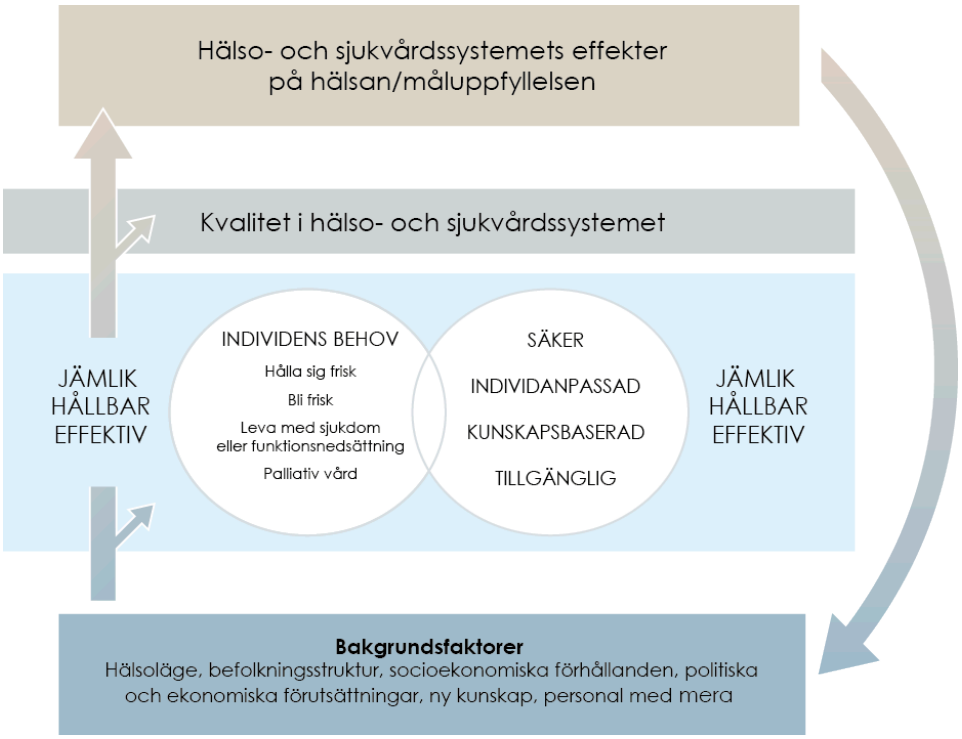
[1] Socialstyrelsen publicerar bland annat rapporter med öppna jämförelser för olika teman. Ett flertal indikatorer från Socialstyrelsens hälsodataregister utöver de som redovisas i olika rapporter uppdateras också via Socialstyrelsens webbplats med den nuvarande adressen: oppnajamforelser.socialstyrelsen.se

[2] Med landsting avses i denna rapport även regioner.

1. ”Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”
2. ”Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?”
3. ”Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?”
4. ”Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?”
5. ”Blir vi friskare och lever längre?”
6. ”Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård?”

Frågorna presenteras närmare i inledningen till respektive kapitel. De sex frågorna knyter också an till dimensioner i Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Figur 1. Socialstyrelsens ramverk för indikatorbaserade uppföljningar inom hälso- och sjukvårdssystemet



God vård

Ramverkets centrala delar illustrerar dimensioner i hälso- och sjukvårdssystemet som är viktiga att följa upp. Här ingår bland annat Socialstyrelsens sex dimensioner av god vård och omsorg:

- **Säker:** Hälso- och sjukvården ska vara säker där riskförebyggande aktiviteter ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad:** Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Kunskapsbaserad:** Hälso- och sjukvården ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.

- **Jämlik:** Hälso- och sjukvården ska se till att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor.
- **Tillgänglig:** Hälso- och sjukvården ska verka för att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid. Ingen ska behöva vänta oskälig tid på den vård som hen har behov av.
- **Effektiv:** Hälso- och sjukvården ska använda tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.

Individens behov

Delen i ramverket med individens behov signalerar att dimensionerna för god vård behöver följas upp för olika typer av insatser för olika typer av hälsotillstånd: förebyggande, botande, vårdande och för vård i livets slutskede.

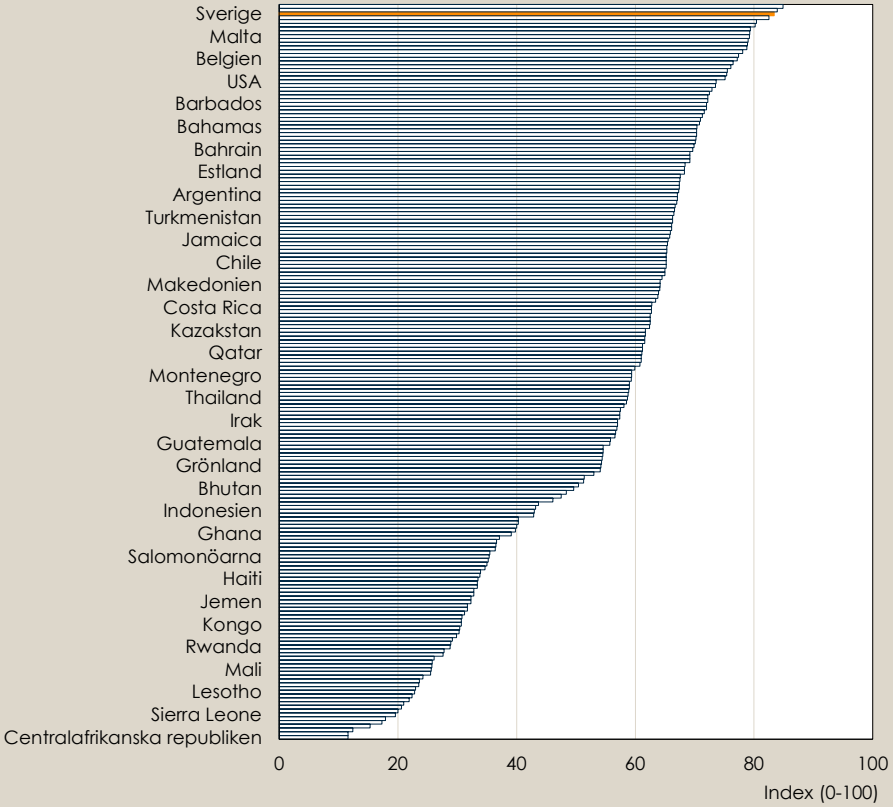
Även om föreliggande rapport har ett övergripande perspektiv och inte fokuserar på avgränsade grupper eller perspektiv bör ändå nämnas att hälso- och sjukvård riktad till barn och unga är en viktig faktor för resultaten på övergripande nivå speciellt i förebyggande syfte. I rapporten finns flera indikatorer som direkt rör barn och unga även om de inte grupperats så. Så som tobaksvanor under graviditet, hälsotillstånd efter förlossning, MPR-vaccinationer och väntetider till barn- och ungdomspsykiatri.

Hållbar hälso- och sjukvård och Agenda 2030

I ramverket ingår även att hälso- och sjukvårdssystemet ska vara hållbart så att god vård kan fortsätta att ges i framtiden. I denna dimension ingår exempelvis aspekter som berör legitimitet, kompetensförsörjning, långsiktig finansiering samt utvecklings- och anpassningsförmåga. Det kan även avse inverkan på det ekologiska systemet, speciellt i de fall när konsekvenserna i hög grad rör hälso- och sjukvården. Ett exempel är utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier.

Genom Agenda 2030 har 17 globala hållbarhetsmål formulerats med 169 delmål, delmålen kopplas i sin tur till 232 globala indikatorer. Statistiska centralbyrån (SCB) har också utarbetat en lista med indikatorer för nationell uppföljning [2]. Hållbarhetsmålen kan påverkas genom flera politikområden men hälso- och sjukvården kan i flera fall spela en viktig roll, speciellt för delmål som rör hälsa. De flesta sådana delmål finns under det globala hållbarhetsmålet *Hälsa och välbefinnande* men även under andra hållbarhetsmål ryms delmål och indikatorer som kan relateras till hälsosystem [3]. Under hållbarhetsmålet *Jämställdhet* ryms exempelvis delmål om reproduktiv hälsa, tillgång till offentlig service och jämställdhet mellan kvinnor och män. I ett omfattande internationellt arbete har 52 av de 232 globala indikatorerna identifierats som särskilt kopplade till hälsa och 41 av dessa jämförs mellan 195 länder. Även ett sammansatt index för 40 av dessa indikatorer har tagits fram och publicerats bland annat i tidskriften *The Lancet*. I diagram E.1. visas graden av måluppfyllelse för indexet, där 100 står för full måluppfyllelse. Här framgår att Sverige ligger bra till relativt andra länder för detta index, dock är måluppfyllelsen för vissa av delmålen lägre än för andra även för Sveriges del, till exempel vad gäller suicid, alkohol, rökning och HIV. I denna rapport görs kopplingar av resultatet till Agenda 2030 hållbarhetsmål även för enskilda indikatorer.

E.1. Länder. Agenda 2030. Hälsorelaterat index för hållbar utveckling
Sammanvägning av 40 indikatorer kopplade till Agenda 2030 som bedömts vara hälsorelaterade och följs upp för 195 länder, 2017. (OBS! endast vart sjätte land skrivs ut och **urvalet visade länder är därav slumpmässigt** med undantag för Sverige. Ovanför Sverige ligger Singapore och Norge.)



Källa: Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation

Om effektivitet på övergripande nivå

I ramverket ingår att hälso- och sjukvården ska vara effektiv. Effektivitet innebär att resurserna i form av personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel med mera ska användas på ett sådant sätt att de ger största möjliga bidrag till målen om god hälsa, hög tillgänglighet, respekt för patienten och vård efter behov.

Det enklaste, och oftast enda tillgängliga, måttet på resursåtgång är kostnader, och genom att relatera måluppfyllelsen till vårdens kostnader får man fram ett mått på effektivitet. För att göra detta på övergripande nivå behöver olika typer av resultat finnas tillgängliga och vägas ihop till ett samlat mått på måluppfyllelse. I denna rapport redovisas en indikator som rör landstingens kostnader per invånare samt en internationell jämförelse av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården som andel av BNP. I efterföljande avsnitt redovisas en rad indikatorer som har betydelse för hur väl hälso- och sjukvårdssystemet når verksamhetens olika mål, men utan att göra anspråk på att dessa tillsammans skulle fånga den totala balanserade måluppfyllelsen för systemet på övergripande nivå [4].

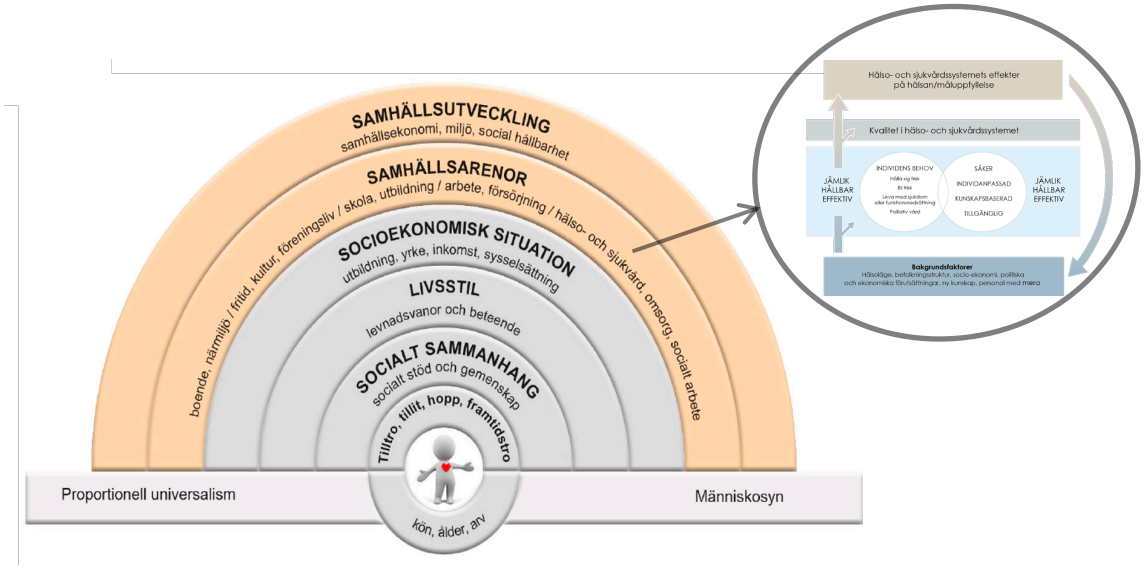
Europeiska kommissionen presenterade 2015 en effektivitetsjämförelse av medlemsländernas hälso- och sjukvårdssystem, där grova resultatmått an-

vänds. Jämförelsen ställde ländernas respektive hälsoutfall avseende förväntad livslängd och sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet mot insatta resurser i form av hälso- och sjukvårdsutgifter per invånare, fysiska resurser såsom personal och omvärldsfaktorer som exempelvis utbildningsnivå. Enligt jämförelsen tillhör Sverige den grupp av sju länder vars hälso- och sjukvårdsystem har högst effektivitet i EU-kretsen. Jämförelsen visade dock att det såväl på EU-nivå som i enskilda länder finns omfattande möjligheter att öka effektiviteten inom hälso- och sjukvården [5].

Bakgrundsfaktorer

I ramverket ingår även hälso- och sjukvårdens bakgrundsfaktorer. Bakgrundsfaktorerna påverkar hälso- och sjukvårdens resultat och måluppfyllnad. Det är även så att hälso- och sjukvårdens resultat i viss mån påverkar bakgrundsfaktorerna så som befolkningens åldersstruktur eller tillgängliga resurser i form av skatteunderlag, ny kunskap och inte minst hälsoläget i befolkningen. I avsnittet presenteras några bakgrundsfaktorer med exempel på mått. Dessa och flera andra finns tillgängliga via Socialstyrelsens och SCB:s statistikdatabaser. Många mått presenteras även på kommun- och länsnivå i Kommundatabasen[3] (Kolada).

Figur 2. Hälsans bestämningsfaktorer [6] inklusive hälso- och sjukvården



Befolkningsstruktur

De demografiska förutsättningar som har störst betydelse för hälso- och sjukvården är befolkningens åldersfördelning och socioekonomiska sammansättning. Dessa faktorer påverkar både omfattningen av hälso- och sjukvårdens uppdrag samt de resurser som kan användas inom uppdraget. Som exempel lyfts här andelen äldre och det så kallade *Care need index* (CNI) och dess ingående komponenter, med speciellt fokus på utbildningsnivå eftersom det

[3] Kommun- och landstingsdatabasen Kolada drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser (RKA).

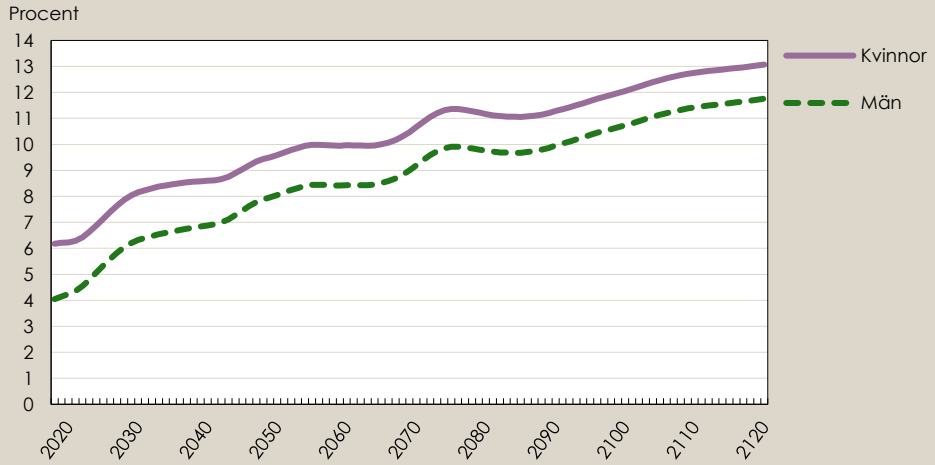
även är en indelning som används när resultat för indikatorerna redovisas senare i rapporten.

Åldersstruktur

Åldersstrukturen utgör en grov indikation på vårdbehovet, men också på förmågan att finansiera samhällets verksamheter såsom hälso- och sjukvård. Andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet genom att denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov. Exempelvis har över hälften i åldersgruppen 65–74 år minst två kroniska sjukdomar, för personer över 85 år är den andelen drygt 80 procent [7]. Prognosen för andelen personer över 80 år i befolkningen framöver visar att det sker en stor ökning. Andelen antas börja öka i snabb takt kring 2025 och 2110 beräknas andelen kvinnor 80 år och äldre vara lite mer än dubbelt så stor som idag och för män tre gånger så stor.

B.1. Andel av befolkningen 80 år och äldre, utveckling framöver

Befolkningsprognos (2018), andel 80 år och äldre i befolkningen 2018 till 2120.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Andelen äldre i befolkningen varierar stort mellan länen, vilket kan påverka hälso- och sjukvården i respektive län både vad gäller behovet av vård samt skatteunderlaget. Dock ska landstingen kompenseras för detta i den del av utjämningssystemet som berör hälso- och sjukvården. I denna del av utjämningssystemet ingår även kön, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst, boendetyp, lönestruktur samt glesbygd [8].

Care need index

En sammanvägning av olika demografiska förutsättningar som påverkar behovet av hälso- och sjukvård görs i indexet CNI. CNI är en svensk anpassning och utveckling av måttet *Jarman score.* Måttet är framtaget för att främst skatta behovet av primärvård i ett område och har också används i svenska ersättningssystem för primärvården. Indexet har dock visat sig samvariera även med exempelvis inskrivningar i psykiatrisk sluten vård. CNI tar hänsyn till sju olika faktorer som täcker riskfaktorer för ohälsa, korrelerar med primärvårdens arbetsbelastning och går att få fram ur tillgänglig nationell statistik från Statistiska Centralbyrån (SCB) [9-15]. Faktorerna som ingår visar andelen av invånarna som är:

- 65+ och ensamboende,
- arbetslösa eller i åtgärd, 16–64 år
- ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre,
- 0–4 år,
- födda i Öst- och Sydeuropa (ej EU), Afrika, Asien eller Sydamerika,
- 1 år eller äldre som flyttat in eller bytt distrikt i länet,
- 25-64 år, med låg utbildningsnivå.

I tabell 1 visas CNI och dess delar, länen sorterats från lågt till högt värde på CNI. Röd färg markerar högre värden och därmed större förväntat behov. Indexets delar samvarierar med indexet som helhet med undantag för ensamboende äldre. De komponenter som samvarierade mest med indexet 2017 var utlandsfödda från ett urval länder följt av ensamstående föräldrar samt andel med låg utbildning.

Tabell 1. Care need index (CNI) 2017

CNI redovisas som ett index där riket har värdet 1. Delarna i CNI-indexet redovisas som andel i befolkningen. Röd färg markerar högre värden och blå lägre värden.

Län	<5år	Utlands-födda (urval länder)	Ensam-boende 65 år och äldre	Ensam förälder med barn	Nyin-flyttad	Arbets-lös	Låg-ut-bildad	CNI
Halland	5,8	5,6	8,5	2,3	7,8	7,3	11,4	**0,88**
Västerbotten	5,6	6,2	8,9	2,3	7,5	8,0	8,3	**0,89**
Norrbotten	5,1	5,1	10,3	2,6	5,7	9,1	9,2	**0,90**
Gotland	4,8	3,3	11,0	2,8	8,2	8,0	12,4	**0,91**
Jönköping	6,1	9,0	8,2	2,2	6,7	7,3	14,0	**0,96**
Jämtland	5,5	5,9	10,9	2,8	7,1	9,2	10,2	**0,98**
Uppsala	6,0	9,5	7,8	2,6	9,6	6,4	10,3	**0,98**
Värmland	5,4	6,2	10,6	2,8	6,5	9,5	11,3	**0,98**
Dalarna	5,5	7,5	10,5	3,0	5,5	8,4	13,3	**0,98**
Kalmar	5,4	7,4	10,5	2,4	7,5	8,3	13,5	**1,00**
Västernorrland	5,3	6,9	10,4	2,8	6,7	10,0	11,4	**1,00**
Länsgenomsnitt	**5,7**	**8,2**	**9,4**	**2,7**	**7,6**	**8,7**	**12,0**	**1,01**
Västra Götaland	6,0	9,5	8,3	2,7	8,2	7,6	12,0	**1,01**
Blekinge	5,4	8,0	9,9	2,6	6,3	10,3	11,9	**1,01**
Kronoberg	6,0	9,7	8,6	2,3	7,7	8,3	12,7	**1,01**
Östergötland	5,9	9,2	8,5	2,6	8,7	8,6	12,2	**1,03**
Stockholm	6,4	13,1	7,3	3,1	9,0	6,5	10,3	**1,06**
Skåne	6,1	9,6	8,5	2,8	9,1	9,6	12,3	**1,08**
Örebro	5,8	9,4	9,3	2,9	8,8	9,5	13,0	**1,08**
Gävleborg	5,3	8,9	10,7	3,2	6,9	11,1	14,0	**1,12**
Västmanland	5,8	11,3	9,4	3,0	8,1	9,6	13,2	**1,12**
Sörmland	6,0	11,5	9,5	3,2	7,8	10,6	14,8	**1,16**

Källa: Statistiska centralbyrån

Utbildningsnivå

En del i CNI utgörs av andelen i befolkningen med kortare utbildning. Utbildningsgrupper utgör också en vanlig uppdelning när resultat för indikatorerna redovisas i den här rapporten. Utbildningsnivå samvarierar i hög grad med sjukdomsförekomst och hälsoläge i stort. En stor del av sambandet antas bero på att utbildningsnivån indikerar och är en del av människors socioekonomiska position i samhället. Den kan i sin tur ha betydelse för många andra bestämningsfaktorer för hälsan, exempelvis levnadsvanor och sociala kontakter, men även för olika livsvillkor relaterade till bland annat arbetsliv och boende. För hälso- och sjukvården innebär detta att det kan behövas mer resurser och insatser för att kompensera för dessa förutsättningar. Skillnader i kunskap, ekonomiska och sociala förutsättningar kan även påverka efterfrågan på hälso- och sjukvård som inte är direkt kopplad till skillnader i vårdbehov [16, 17].

Det är en utmaning för hälso- och sjukvården att dels tillhandahålla en god vård med hög tillgänglighet till dem som behöver men nödvändigtvis inte begär den, dels inte lägga mer än tillräckliga resurser på dem med mindre behov trots att de kanske efterfrågar mer. Exempel visar bland annat att dyra och mer avancerade läkemedel, i vissa fall, i större utsträckning förskrivits till dem med högre utbildning [18, 19].

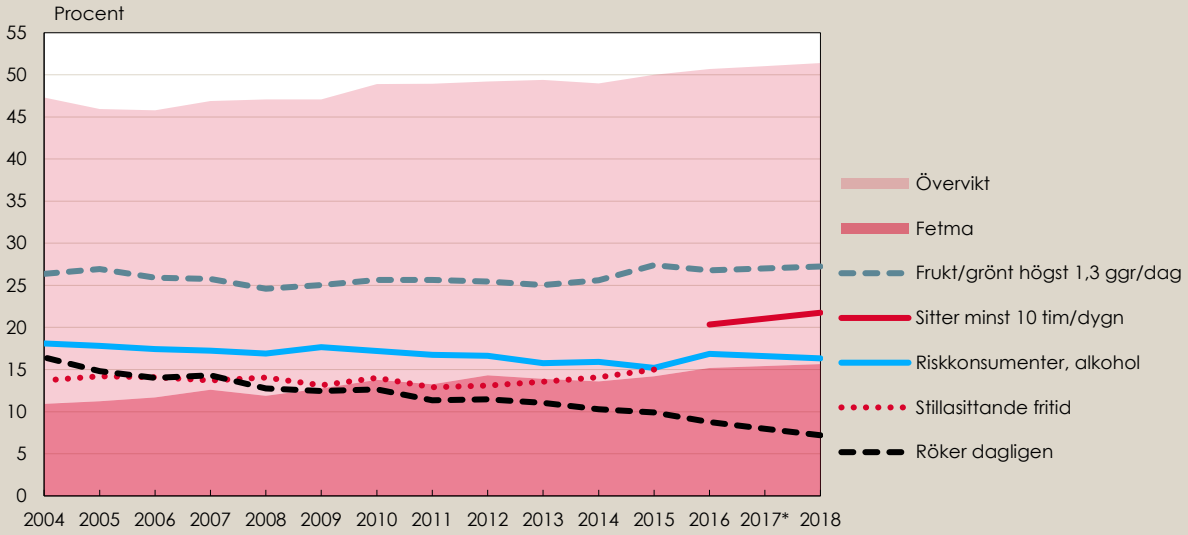
Levnadsvanor

Levnadsvanor har betydelse för hälsoläget. Ett av målen under delmål 3 i Agenda 2030 är att stärka alla länders kapacitet att minska nationella och globala hälsorisker [3]. I Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* graderas levnadsvanor utifrån hur pass allvarliga sjukdomar som är förknippade med respektive levnadsvana. Den levnadsvana som graderas med högst svårighetsgrad är daglig rökning (stor till mycket stor) och därefter följer ohälsosamma matvanor (stor). Riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet har en måttligt stor svårighetsgrad och daglig snusning liten till måttlig svårighetsgrad [20].

I den nationella folkhälsoenkäten har frågor om levnadsvanor ställts årligen från 2004 till 2016 och sedan vart annat år med start 2018. I diagram B.2 redovisas de andelar av de svarande som under 2004–2018 riskkonsumerade alkohol, åt lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), sitter stilla minst 10 timmar per dygn (fram till 2015 istället stillasittande fritid), rökte dagligen eller hade ett body mass index (BMI) som klassas som fetma samt övervikt. Det är främst förekomsten av dagligrökning och fetma som har förändrats under perioden. Andelen som röker dagligen har minskat från 16 till 7 procent från 2004 till 2017. Medan andelen med fetma har ökat från 11 till nära 16 procent. Stillasittandet visar också en ökning mellan 2016 och 2018.

B.2. Levnadsvanor, fetma och övervikt

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt, är stillasittande, röker dagligen, samt förekommst av fetma och övervikt. 16–84 år.



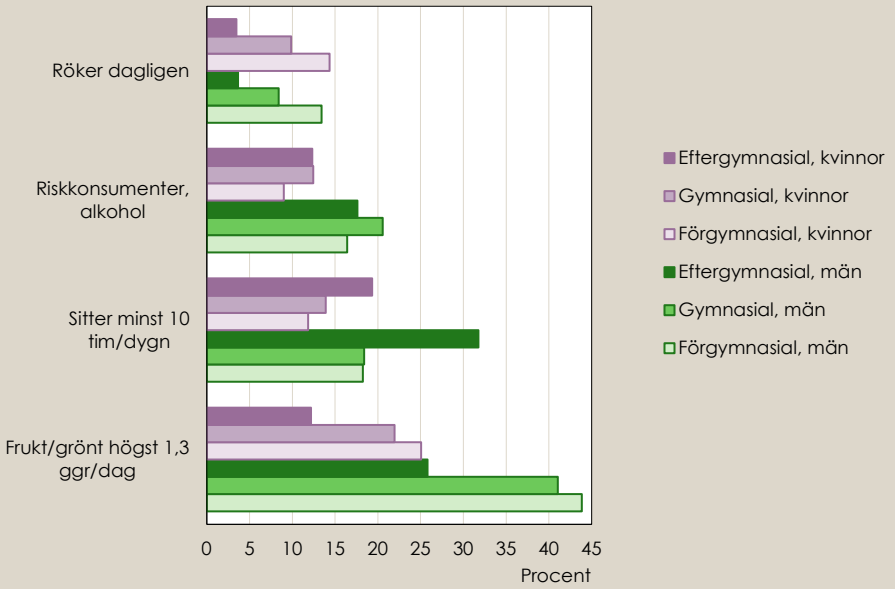
* Uppgifter för 2017 saknas då undersökningen från 2016 sker vartannat år.

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Resultaten kan även redovisas uppdelat på kön och utbildningsnivå. Diagram B.3 visar generellt sett att det bland dem med högst förgymnasial utbildning förekommer en högre andel som röker dagligen och som äter lite frukt och grönt. Bland dem med som högsta utbildning gått gymnasiet är andelen riskkonsumenter av alkohol högst, medan stillasittandet är vanligast bland dem med eftergymnasial utbildning. Sammantaget är kvinnor oftare dagligrökare och män oftare riskkonsumenter av alkohol. Männen är också mer stillasittande och äter mindre frukt och grönt än kvinnor.

B.3. Utbildning. Levnadsvanor

Andel av befolkningen som uppgett att de riskkonsumerar alkohol, äter lite frukt och grönt (högst 1,3 gånger/dag), röker dagligen sitter stilla mer än 10 timmar per dygn, 25–84 år, 2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I en internationell kontext är det en liten andel av Sveriges befolkning som röker dagligen. Sverige redovisade lägst andel dagligrökare av länderna som redovisat värden till Eurostat för 2014 [21]. Sverige har även en relativt sett lägre andel personer med fetma eller som har en riskabel konsumtion av alkohol.

Hälsoläget i befolkningen

Hälsoläget i befolkningen är en viktig förutsättning för hälso- och sjukvårdssystemet samtidigt som hälso- och sjukvården kan påverka hälsoläget på olika vis. Exempelvis kan förebyggande och tidiga insatser minska att sjukdomar och hälsoproblem uppkommer (incidens). Vårdande och botande insatser kan innebära att sjukdomsförekomsten (prevalensen) påverkas genom att fler lever längre med sjukdom och funktionsnedsättning eller blir av med sina besvär. Socialstyrelsen publicerar årligen uppgifter om incidensen i cancer, hjärtinfarkt och stroke. Sedan 1990-talet har incidensen i cancer ökat medan incidensen i stroke och hjärtinfarkt minskat. Incidensen kan påverkas av ärftliga faktorer, levnadsvanor och miljöfaktorer där även hälso- och sjukvården ingår som en del. De vanligaste orsakerna till förtida död i Sverige enligt

The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) är ischemisk hjärtsjukdom, stroke, Alzheimers sjukdom, suicid samt olika former av cancer. De hälsoproblem som utöver dödsfall bidrog mest till sjukdomsbördan var smärta i rygg, huvudvärk, depression, diabetes och fallskador.

Förtida dödlighet och andra problem från sjukdomar och hälsotillstånd kan kombineras i ett samlat mått på sjukdomsbörda, så kallade förlorade funktionsjusterade levnadsår (Disability Adjusted Lifeyears – DALYs). I tabell 2 redovisas de 17 sjukdomsorsaker som står för den största delen av sjukdomsbördan i Sverige 2017. Tillsammans utgör dessa drygt 55 procent av den totala sjukdomsbördan i Sverige enligt den beräkning som görs av IHME. Av tabellen framgår också den genomsnittliga årliga förändringen sedan 1990. Ischemisk hjärtsjukdom är fortsatt den orsak som bidrar mest till sjukdomsbördan trots att den har minskat markant sedan 1990. Ökningar kan ses för exempelvis diabetes, demens, KOL och fallskador [22].

Tabell 2. Sjukdomsbörda – vanligaste orsakerna i Sverige
Beräkning av de 17 största bidragande orsakerna till förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY) i Sverige 2017 och genomsnittlig årlig procentuell förändring sedan 1990.

Orsak/diagnos	Andel av total sjukdomsbörda (DALY)	Årlig %-förändring sedan 1990
Ischemisk hjärtsjukdom	8,5	-3,2
Ländryggssmärta	6,1	-0,1
Stroke	4,2	-1,7
Huvudvärk	3,9	-0,1
Diabetes	3,7	0,8
Demenssjukdom	3,6	0,2
KOL	3,5	0,7
Fallskada	3,3	0,6
Depression	3,0	-0,2
Cancer i lungor & nedre luftvägar	2,7	0,0
Nacksmärta	2,1	0,5
Kolon-/ändtarmscancer	2,1	-0,3
Suicid och självskador	2,0	-1,8
Ångeststörningar	1,8	0,0
Hörselnedsättning	1,8	0,6
Bröstcancer	1,5	-0,8
Prostatacancer	1,4	0,0

Källa: The Institute for Health Metrics and Evaluation.

Tillgängliga resurser

De resurser som finns tillgängliga för att tillhandahålla god vård är till exempel personalens kompetens, medicinsk utrustning, läkemedel och lokaler.

Utöver prioriteringar mellan olika verksamheter i samhället och inom vården bestäms resurserna av hur stora de samlade resurserna är. För ett sjukvårdssystem med hög grad av offentlig finansiering är skatteunderlagets storlek därför en viktig förutsättning.

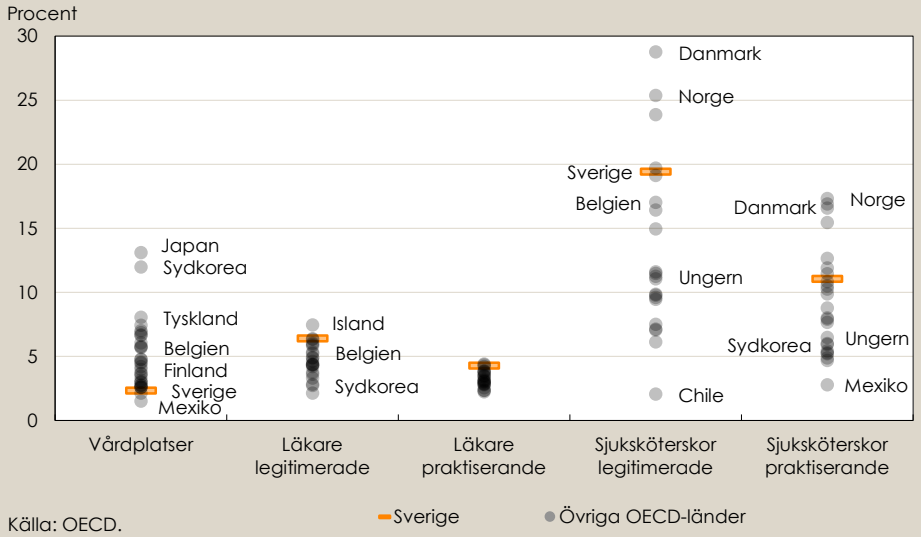
Mer om systemets finansiering berörs i avsnittet ”*Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”*. Här presenteras andra exempel på resurser som är viktiga för hälso- och sjukvården: utbildad personal, vårdplatser samt ny kunskap och teknik, delvis ur ett internationellt perspektiv.

Vårdplatser och vårdpersonal

Internationellt sett brukar antalet vårdplatser per 1 000 invånare jämföras. I diagram B.4 redovisar Sverige bland de lägsta antalen slutenvårdsplatser per 1 000 invånare av de OECD-länder med värden för 2016. Dock finns vissa svårigheter i jämförelserna eftersom länderna definierar vårdplatser olika och hälso- och sjukvården är olika strukturerad. I siffrorna för Sverige ingår exempelvis inte platser på särskilt boende, medan platser som fyller liknande behov kan ingå för andra länder, exempelvis har Japan och Sydkorea många vårdplatser inom området ”*Long-term care beds”*. Även Finland redovisar mycket högre andel sådana platser än vad Sverige gör.

B.4. OECD-Länder. Vårdplatser samt läkare och sjuksköterskor

Vårdplatser 2016 samt legitimerade respektive praktiserande läkare och sjuksköterskor per 1 000 invånare 2015, OECD-länder som redovisar värden för mätperioden och som inte har en notering om avvikande redovisningsmetod.



Källa: OECD.

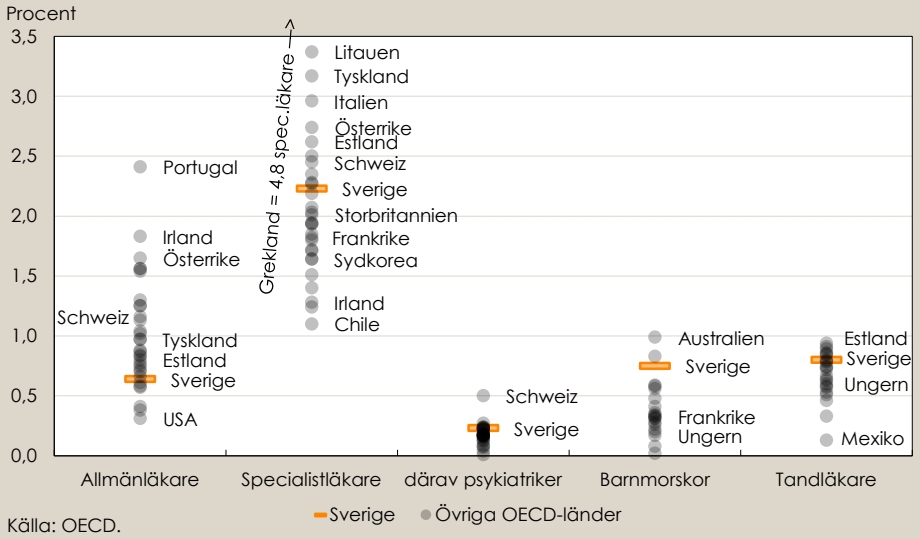
En viktig del för att beskriva tillgängliga resurser är hälso- och sjukvårdssystemets nuvarande och uppskattade framtida tillgång till personal. I en enkät från Socialstyrelsen 2017 uppger landstingen att det råder brist inom de flesta yrken i hälso- och sjukvården och tandvården, och att bristen bedöms hålla i sig. Vad gäller olika läkarspecialiteter uppger över hälften av landstingen att de är i behov av att rekrytera allmänläkare och psykiatriker. För både grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor bedömer SCB att det finns

en brist och att den kommer bestå hela prognostiden fram till 2035. Även om utbudet ökar för flera typer av specialistsjuksköterskor bedöms efterfrågan och behoven öka i samma eller högre takt. Beroende på typ av specialisering uppgav 80 till 90 procent av arbetsgivarna i SCB:s arbetskraftsbarometer en brist [23]. På fem års sikt bedömer Arbetsförmedlingen att området hälso- och sjukvård generellt kommer ha brist på arbetskraft och förväntas ligga på tredje plats av samtliga yrkesområden där det råder brist på kompetent personal [24].

Vid en internationell jämförelse ligger Sverige relativt högt gällande antal praktiserande sjuksköterskor, barnmorskor och läkare per invånare bland de OECD-länder som redovisat uppgifter för 2015. Sverige har dock ett relativt lågt antal allmänläkare per invånare jämfört med andra OECD-länder vilket också innebär att andelen allmänläkare av samtliga läkare är låg i Sverige jämfört med andra länder.

B.5. OECD-länder. Praktiserande läkare, barnmorskor och tandläkare

Praktiserande allmänläkare, (andra) specialistläkare och därav psykiatriker samt barnmorskor och tandläkare per 1 000 invånare, 2015. OECD-länder som redovisar värden för mätperioden och som inte har en notering om avvikande redovisningsmetod.



Källa: OECD.

För läkarna finns även uppgifter om psykiatriker särredovisade och i Sverige fanns 0,23 psykiatriker per 1 000 invånare 2015, vilket relativt sett är ett högt värde bland OECD-länderna om man undantar Schweiz som har i särklass högst förekomst av psykiatriker med 0,5 per 1 000 invånare.

När det gäller tandläkare har Sverige också ett relativt högt antal per invånare bland de OECD-länder som redovisar data.

Ny kunskap och teknik

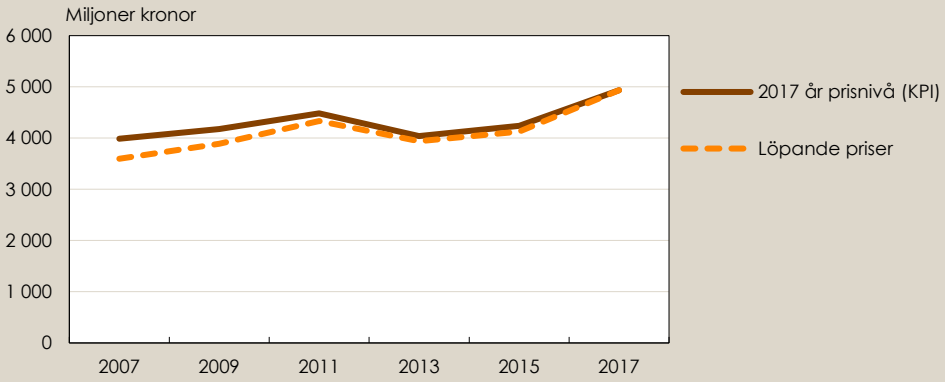
Med ny kunskap och ny teknik avses här kunskap och teknik som inte redan finns inom (hela) systemet och där det är möjligt att uppnå förbättringar genom att implementera den. Att på ett effektivt sätt identifiera och använda värdefull kunskap och teknik så att det leder till förbättringar är en stor utmaning för flera system. Ny teknik och ny kunskap innebär en möjlighet till ökad effektivitet, vilket i sin tur innebär att de tillgängliga resurserna i högre grad bidrar till högre måluppfyllelse. Detta behöver dock inte innebära att det behövs mindre resurser; nya möjligheter leder ofta till höjda ambitioner och högre förväntningar på resultat och tillgodosedda behov.

Forskning och utveckling (FoU) vad gäller förbättringar inom hälso- och sjukvård berör både ny kunskap, ny teknik och implementering. De offentliga verksamheternas årliga utgifter för FoU är därmed en viktig förutsättning avseende förbättringar av hälso- och sjukvården. Dessa utgifter har ökat med 947 miljoner kronor i fasta priser sedan 2007. För 2017 var utgifterna nära 5 miljarder, vilket framgår av diagram B.6. Merparten av utgifterna står landstingen för, men även kommuner, staten och olika FoU-enheter bidrar till forskning och utveckling, och framgångsrik FoU kan vara en del av lösningen på hälso- och sjukvårdens utmaningar framöver.

Informationen om utgifterna är insamlad genom en enkät som Statistiska centralbyrån (SCB) genomför regelbundet och mer informationen finns att hämta i SCB:s statistikdatabas under ämnet *Forskning och utveckling*.

B.6. Förbättringar av hälso- och sjukvård, kostnader för FoU

Totala utgifter för offentliga verksamheter gällande FoU-verksamhet inom området förbättringar av hälso- och sjukvård, miljoner kronor (vartannat år).



Källa: Statistiska centralbyrån.

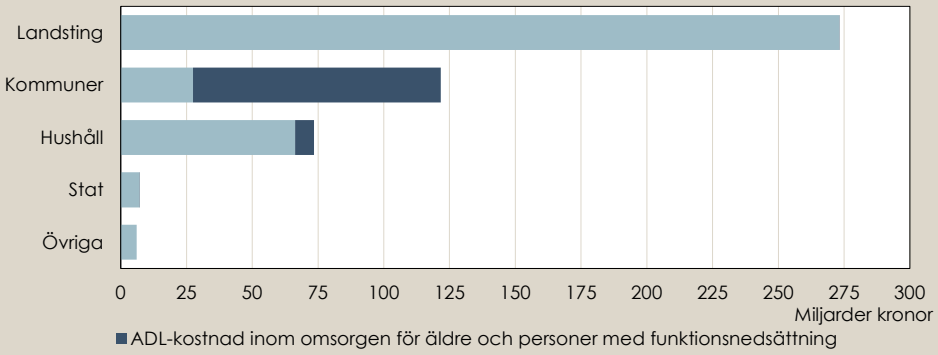
I Sverige publicerades det 2016 drygt 7 000 vetenskapliga rapporter inom området medicin, vilket är en ökning med nästan 1 000 stycken sedan 2005. År 2016 utgjorde de svenska publiceringarna 1,2 procent av den totala världsproduktionen av vetenskapliga rapporter inom medicin och 12 procent var så kallade högciterade publikationer [25].

”Hur mycket betalar vi för hälso- och sjukvården?”

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvård uppgick 2016 till drygt 48 000 kronor per invånare. Finansieringen av hälso- och sjukvården sker till största delen av landsting och kommuner, vilka också är ansvariga för att tillhanda-hålla hälso- och sjukvård. Landsting och kommuner finansieras i sin tur till övervägande del via inkomstskatt. En betydande del av hälso- och sjukvården finansieras också direkt av dem som konsumerar den, exempelvis genom av-gifter vid besök i tandvården och köp av läkemedel [26].

E.2. Totala hälso- och sjukvårdsutgifter i Sverige

Totala hälso- och sjukvårdsutgifter utifrån finansiär, miljarder kronor, 2016 baserat på preliminära årsberäkningar av nationalräkenskaperna).



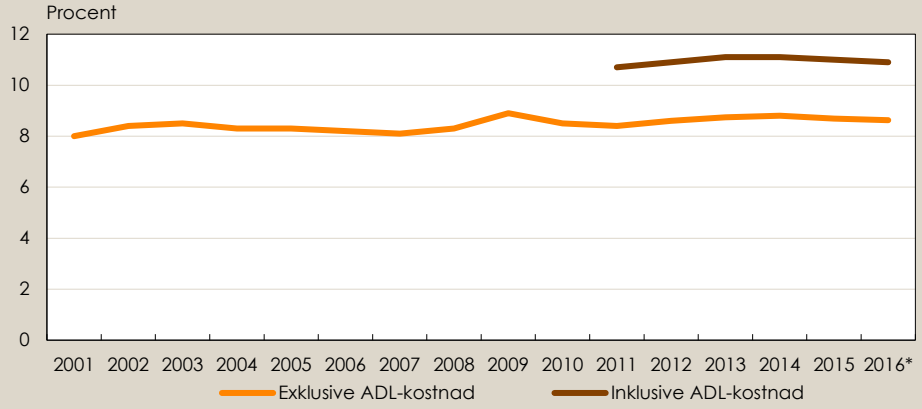
Källa: Hälsoräkenskaperna, Statistiska centralbyrån.

Traditionellt sett har tjänster som gäller personlig omvårdnad[4] inom omsor-gen om äldre och om personer med funktionsnedsättning i Sverige räknats till omsorgen, inte till hälso- och sjukvården. Hälsoräkenskaperna har anpassats till en förändrad internationell standard för redovisningen, och numera räknas även denna verksamhet till hälso- och sjukvården, även om verksamheten inte regleras av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, [27]. Denna verk-samhet är stor i Sverige och den förändrade redovisningen innebar därför även en stor förändring när kostnaderna för hälso- och sjukvården anges som andel av BNP. Denna förändring är också större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP låg 2016 på 10,9 procent med ADL-komponenten inkluderad. Utan ADL-komponenten utgör resterande hälso- och sjukvård 8,6 procent av BNP.

[4] I hälsoräkenskaperna benämns dessa utgifter som ADL-komponenten. ADL är en förkortning av *Activities of daily living.* Kostnaderna avser dock bara grundläggande ADL så som personlig omvårdnad och inte den del som avser ex-empelvis handling och städning, så kallad IADL (Instrumental Activities of Daily Living).

E.3. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP - med och utan ADL-kostnader som avser personlig omvårdnad inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning.



* Baseras på preliminära beräkningar av nationalräkenskaperna.

Källa: Hälsoräkenskaperna, Statistiska centralbyrån.

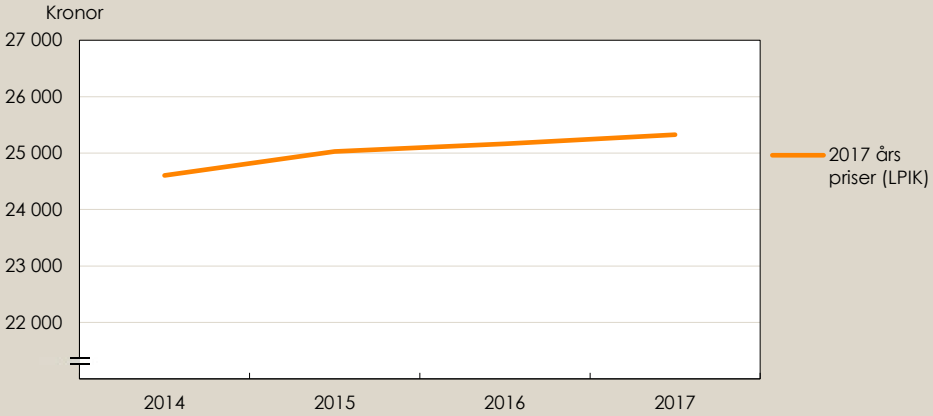
Kostnadsutvecklingen i hälso- och sjukvården är viktig för att systemet ska kunna finansieras långsiktigt och hållbart. Om kostnadsökningen är högre än den generella ekonomiska utvecklingen i samhället kan det komma att kräva antingen skattehöjningar eller minskade ambitionsnivåer.

1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

Kostnaderna för den landstingsfinansierade hälso- och sjukvården har kontinuerligt ökat sedan 2014 räknat i fasta priser. I den redovisade kostnaden exkluderas tandvård, primärvårdsansluten hemsjukvård och omstruktureringskostnader för att göra uppgifterna mer jämförbara. Det finns strukturella faktorer som inte går att påverka för landstingen, exempelvis befolkningens ålderssammansättning och den socioekonomiska strukturen.

1.1. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad

Landstingens hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån.

För att göra jämförelser av kostnadsskillnader mellan olika landsting mer rättvisa beräknas därför en strukturjusterad kostnad där hänsyn tas till flera förutsättningar att bedriva hälso- och sjukvård utifrån hur detta hanteras i det kommunala utjämningssystemet (se även faktaruta).

Kostnaden mätt i fasta priser har ökat i 15 av 21 landsting mellan 2016 och 2017. Att den strukturjusterade kostnaden per invånare skiljer sig åt mellan landstingen kan avspegla olika ambitionsnivåer eller varierande effektivitet i hälso- och sjukvården, men det kan även förklaras av faktorer som påverkar kostnadsläget och som landstingen har svårt att styra över, men som ändå inte beaktas i utjämningssystemet.

Beräkning av den strukturjusterade kostnaden

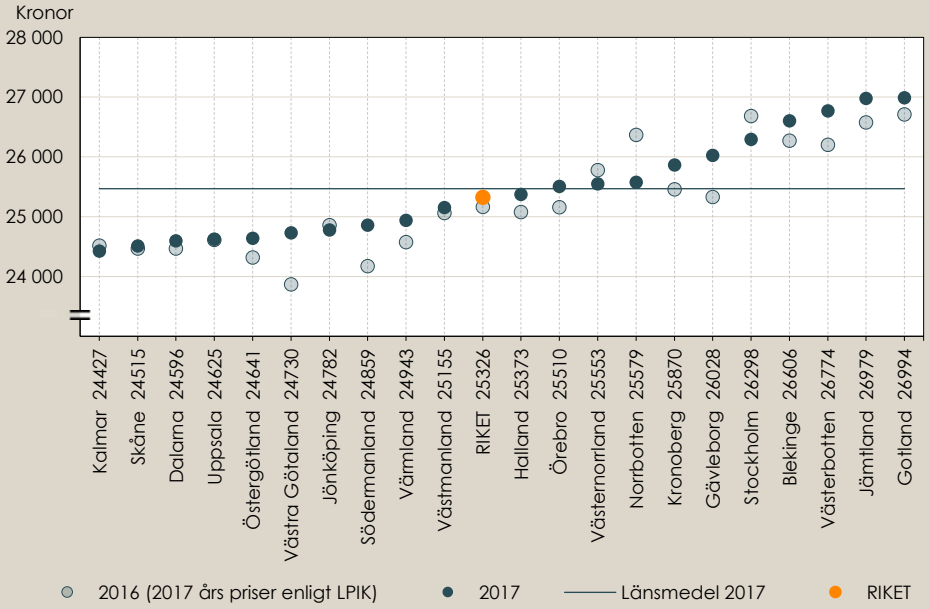
Årligen beräknas en standardkostnad för hälso- och sjukvården för respektive landsting baserat på uppskattade genomsnittliga vårdkostnader för befolkningen utifrån kön, ålder och socioekonomisk tillhörighet. Kostnadsuppgifterna kommer från SCB:s ekonomistatistik. Skillnader i standardkostnad mellan landstingen ska spegla den kostnadsskillnad som kan förklaras av olika befolkningsstruktur med mera.

Denna standardkostnad ligger sedan till grund för landstingens kostnadsutjämning i det kommunala utjämningssystemet. En liknande modell ligger till grund för fördelningen mellan landstingen av statsbidraget för läkemedel, vilken ska spegla strukturella skillnader i läkemedelskostnaderna.

Kvoten mellan standardkostnad respektive läkemedelsstatsbidrag per invånare för respektive landsting, och motsvarande för riksgenomsnittet, blir ett mått på hur mycket de strukturella faktorerna betyder. Genom att dividera den faktiska kostnaden med denna kvot erhålls en strukturjusterad kostnadsnivå.

1.2. Landstingens hälso- och sjukvårdskostnad (strukturjusterad)

Landstingens strukturjusterade hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Primärvårdsansluten hemsjukvård, tandvård och omstruktureringskostnader är exkluderade.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting och Statistiska centralbyrån.

Om relaterade mått och data

Det förekommer en rad olika kostnadsmått som berör hälso- och sjukvården och som uppdateras kontinuerligt. SCB tillhandahåller räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, även uppdelat efter verksamhetsgrenar.

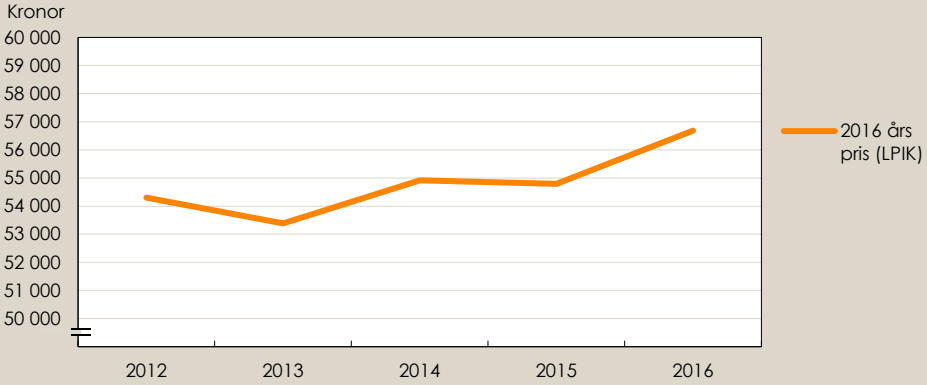
I databasen *Kolada* finns många nyckeltal där räkenskapssammandragets kostnader ställs mot exempelvis antalet invånare eller olika prestationer samt finansiella nyckeltal för landstingen.

Alla landsting (ej Gotland) har system för att beräkna kostnaderna för enskilda vårdkontakter, så kallade *KPP-system* (kostnad per patient) [28]. Genom KPP kan kostnaderna följa verksamheten och brytas ned eller aggregeras på flera olika nivåer. KPP-data samlas också i en nationell databas hos Sveriges Kommuner och Landstings (SKL). Kostnader utifrån KPP för ett urval olika åtgärder publiceras öppet sedan ett antal år. I databasen *Vården i siffror,* kan jämförelser av sådana mått göras mellan sjukhus.

Kostnad per DRG-poäng i specialiserad somatisk vård är en bred produktivitetsindikator. DRG är en förkortning av diagnosrelaterade grupper. I måttet kombineras uppgifter från Socialstyrelsens patientregister med SKL:s KPP-databas och verksamhetsstatistik för att få ett sammanvägt mått på konsumtionen av specialiserad somatisk vård. Det sammanvägda måttet ställs sedan mot räkenskapssammandragets kostnader för samma verksamhet. Den specialiserade somatiska vården står för cirka hälften av landstingens kostnader för hälso- och sjukvård. Mellan 2015 och 2016 steg den genomsnittliga kostnaden per DRG-poäng med nära 2000 kronor, vilket alltså indikerar en minskande produktivitet i diagram E.4.

E.4. Kostnader per konsumerad DRG-poäng

Landstingens kostnader per konsumerad prestation (DRG-poäng) inom specialiserad somatisk vård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Statistiska centralbyrån samt patientregistret, Socialstyrelsen. (Beräkningar av Sveriges Kommuner och Landsting.)

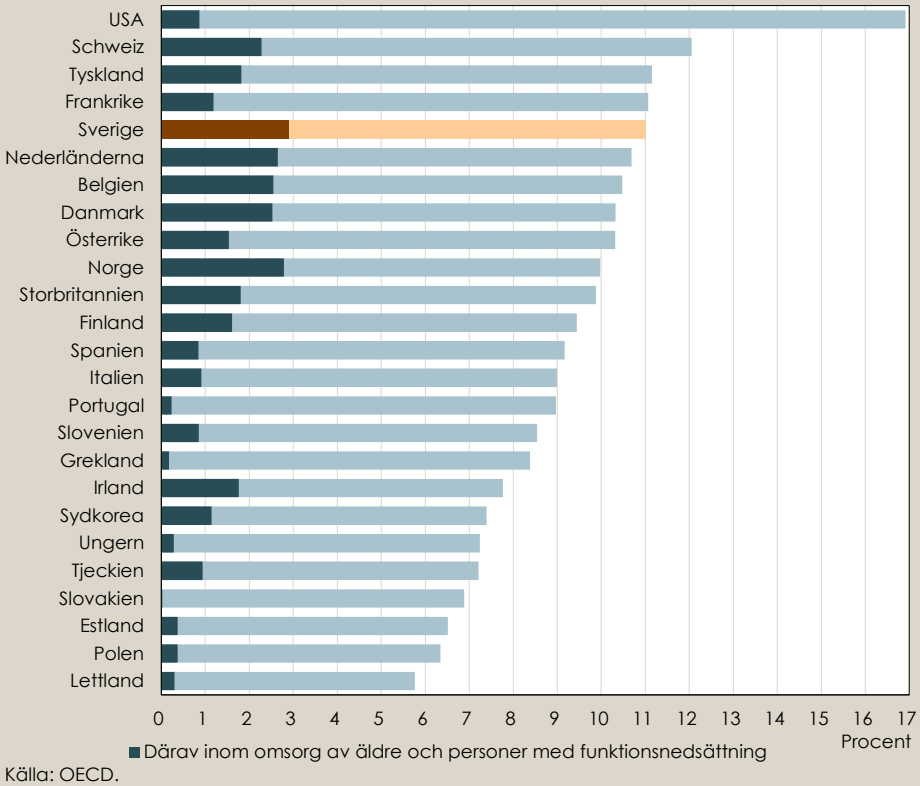
För de vårdkontakter som avser slutenvård (vårdtillfällen) och läkarbesök kan en relativt detaljerad viktning göras vid summering av den samlade produktionen utifrån gruppering i nära 1 500 olika DRG efter olika diagnoser och åtgärder med vikter utifrån genomsnittskostnader ur KPP-databasen. Det finns dock en stor volym besök hos andra personalkategorier än läkare i specialiserad somatisk vård som inte fångas som individdata på nationell nivå och därför inte kan viktas på samma vis. Beräkningen är därför känslig för hur schablonen för den vikt som används för dessa besök beräknas. Måttet fångar i nuläget inte heller vårdkontakter som inte avser besök eller vårdtillfällen, så som telefon-, brev- eller webbaserade kontakter. Dessutom inte heller värdeskapande som inte är kopplat till vårdkontakter som exempelvis egenvård. Detta kan vara viktigt i tolkningen då insatser för en effektivare verksamhet med mer nytta för pengarna i vissa fall skulle kunna ta sig uttryck som lägre uppmätt produktivitet av just vårdkontakter.

Så stor del av resurserna satsas på sjukvård i olika länder

I en internationell kontext kan kostnaderna för hälso- och sjukvården visas genom områdets andel av BNP. Diagram E.5 visar att hälso- och sjukvårdens andel av BNP för Sverige uppgår till 11 procent 2015 vilket är en av de högsta andelarna bland jämförda länder i OECD. Sveriges placering har ändrats sedan införandet av den förändrade redovisningsmetod som länderna ska följa. Denna nya metod innebär att en avsevärt mycket större del av verksamheten inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning räknas som hälso- och sjukvård [27]. Denna del är större i Sverige än i de flesta andra jämförbara länder. I diagram E.5 särredovisas delen som avser omsorgen för äldre och för personer med funktionsnedsättning och av denna kostnad utgjorde 80 procent kostnader för personlig omvårdnad. Skillnader mellan länder i det offentliga åtagandet kan påverka denna andel. Detta gäller även redovisningsmässigt då värdeskapande aktiviteter i den informella sektorn, så som anhörigvård, inte fångas i samma utsträckning som andra verksamheter. Andra länder med en hög redovisad andel av hälso- och sjukvårdskostnaderna inom omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning är exempelvis Nederländerna, Norge, Danmark och Belgien.

E.5. Länder. Hälso- och sjukvårdens andel av BNP

Hälso- och sjukvårdens andel av bnp för länder med rapporterade värden(slutgiltiga och utan kommentar om avvikande metod) för 2015.



Källa: OECD.

”Har vi tillgång till hälso- och sjukvård när vi behöver?”

Tillgänglighet till hälso- och sjukvård är inte entydigt definierat. I Sverige har det ofta handlat om väntetider. Det kan även röra systemets täckningsgrad i befolkningen, geografiska avstånd, adekvata resurser, information, öppettider, kontinuitet, delaktighet, ekonomiska faktorer, rättigheter, diskriminering, förtroende, kulturell kompetens, funktionshinderanpassning med mera [29].

I det här avsnittet redovisas indikatorer som berör både tillgänglighet av servicekaraktär och den tillgänglighet som är mer central för vårdkvalitet och patientsäkerhet. Dessa sammanfaller ofta, men de kan också motverka varandra genom undanträngningseffekter där exempelvis garanti om vård inom en viss tid för samtliga patienter kan leda till en annan prioritering än en rent medicinsk bedömning hade resulterat i.

Tillgång till vård när människor *behöver* betyder inte enbart rätt vård i rimlig tid när en person aktivt *efterfrågar* det. Ibland är man inte medveten om sina egna behov eller underskattar dem, vilket i sin tur kan bero antingen på att individen själv eller vården misslyckas med att korrekt och tidigt identifiera behovet eller att individen inte har tillräcklig information och kunskap om systemet och vilken hjälp som finns att efterfråga.

Systemet kan också prioritera vissa gruppers behov lägre genom regleringar och prioriteringar samt om vissa grupper av individer är bättre på att framföra sina behov än andra. Det kan leda till att grupper med behov som inte uppmärksammas i lika hög grad inte heller får sina behov tillgodosedda.

Som exempel i avsnittet redovisas en indikator för tandvårdsundersökningar i befolkningen. Ekonomiska faktorer som patientavgifter och uteblive n inkomst kan ses som tillgänglighetsfaktorer vilket kanske blir tydligast för vuxentandvården där en stor del av finansieringen sker direkt av patienterna.

Två indikatorer om patienters upplevelser i mötet med vården vad gäller delaktighet och kontinuitet redovisas också. Dessa aspekter berör flera dimensioner av god vård, men har bland annat lyfts fram som delar av en tillgänglig vård när patienter har tillfrågats [29]. Samtliga delar i avsnittet om tillgång till hälso- och sjukvård kan kopplas till hållbarhetsmål 5 i Agenda 2030 och delmålet att alla ska ha tillgång till offentlig service [30].

En viktig förutsättning för invånarnas och patienternas tillgång till vård efter behov i rimlig tid är att hälso- och sjukvården i sin tur har tillgång till adekvata resurser. I avsnittet *Bakgrundsfaktorer* finns jämförelser av hälso- och sjukvårdsresurser så som sjukvårdspersonal och slutenvårdsplatser per invånare i olika länder.

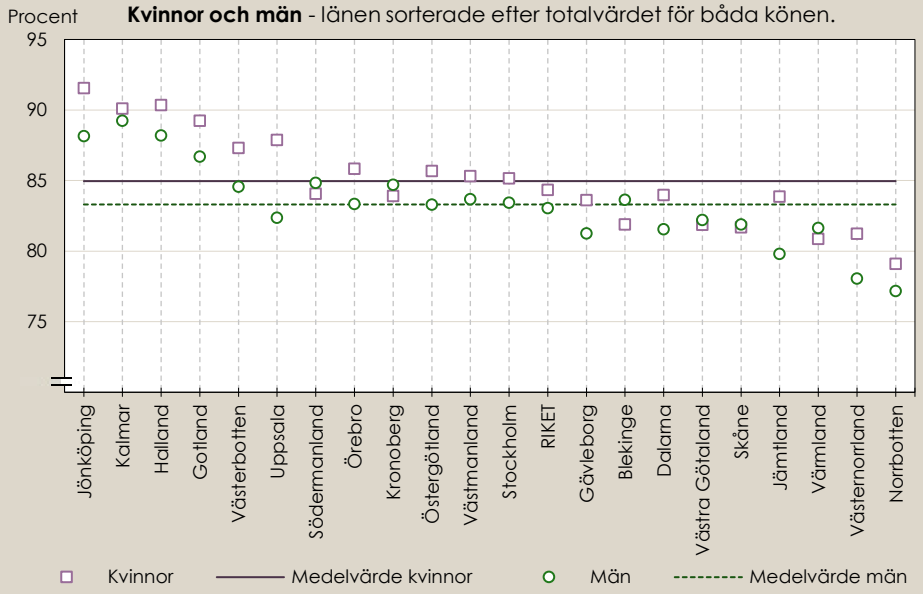
2. Tillgång till sjukvård

Här redovisas befolkningens uppfattning om den egna tillgången till vård, oavsett om man haft kontakt med sjukvården eller inte de senaste sex månaderna. Uppgifterna bygger på digital webbenkät och telefonintervjuer med slumpvis utvalda personer.

Indikatorn visar andelen som helt eller delvis instämmer i påståendet ”*Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver”* av totalt antal svarande (alternativen ”*vet ej”* och ”*ej svar”* är exkluderade). Andelen i riket totalt var knappt 84 procent vilket var cirka 1 procentenhet lägre än 2016. Någon jämförelse längre tillbaka går inte att göra då insamlingsmetoden har ändrats.

Landstingens resultat 2017 varierar från 77 till 89 procent för män, och mellan knappt 92 och 79 procent för kvinnor, vilket framgår av diagram 2.1.

2.1. Tillgång till den hälso- och sjukvård man behöver
Andel i befolkningen som anser att de har tillgång till den hälso- och sjukvård de behöver, 2017.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

För att påverka befolkningens syn på sjukvårdens tillgänglighet kan sjukvården informera om öppettider och alternativa vägar in i systemet. Därutöver kan sjukvårdens organisering samt tillgängliga resurser påverka befolkningens syn på tillgång till sjukvård.

Om relaterade mått och data

Indikatorn *Tillgång till sjukvård* speglar befolkningens upplevelser av sjukvårdens tillgänglighet. I rapporten finns flera relaterade indikatorer och mått som belyser sjukvårdens tillgänglighet från ett patientperspektiv.

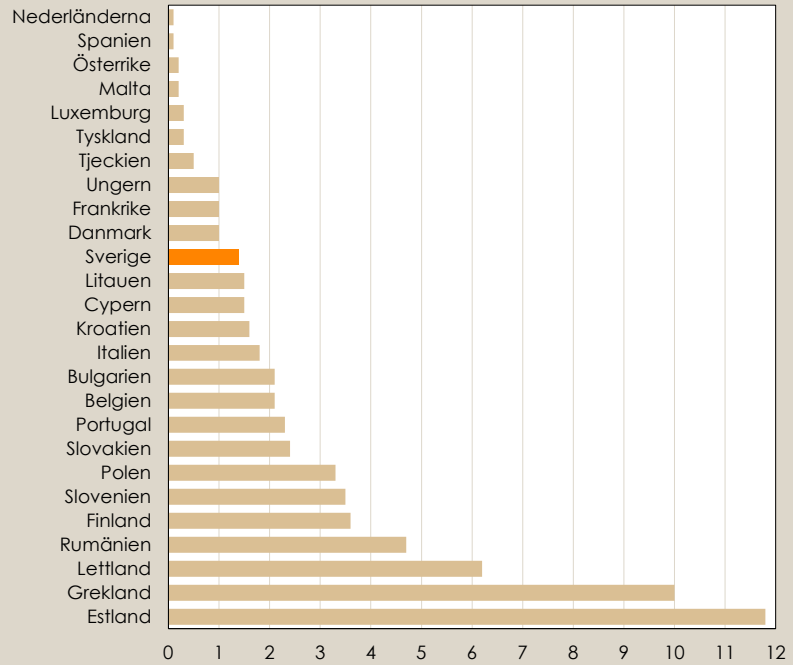
Avstått vård inom EU

I Sverige uppgav 1,5 procent av de svarande 2016 att de avstått vård på grund av kostnaden, avstånd till vårdinrättning eller väntetid. Det är en lägre

andel än de flesta länder som rapporterat uppgiften. Men många länder rapporterar samtidigt mycket lägre värden än Sverige. Indikatorn används av EU för att övervaka framstegen mot det globala hållbarhetsmålen *Hälsa och välbefinnande* och *Ingen fattigdom*.

E.6. Avstått vård på grund av kostnad, avstånd eller väntetid

Andel som uppgett att de avstått vård på grund av kostnad, avstånd eller väntetid, länder som rapporterat värden till Eurostat för 2017.



Källa: EU statistics on income and living conditions, Eurostat.

Måttet kan även delas upp efter inkomstgrupper och då framgår att Sverige har mindre skillnad mellan den lägsta och högsta inkomstgruppen än medlet i EU men att det även finns länder som redovisade mindre skillnader 2016 [31].

3. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen (2 § tandvårdslagen 1985:125). För barn och ungdomar är tandvården avgiftsfri och landstingen ansvarar för att barn och ungdomar kallas till tandvården. Uppgifter om barn och ungdomars avgiftsfria tandvård ingår inte i tandvårdsregistret och indikatorn som redovisas här. Åldern för avgiftsfrihet höjs för närvarande succesivt med ett år per år fram till 2019 då gränsen kommer att vara 24 år. Indikatorn avgränsas åldersmässigt på samma sätt efter den åldersgräns som gäller det senaste året med redovisad data. I denna rapportering avser senaste data 2017 och där med åldrarna 22 år eller äldre.

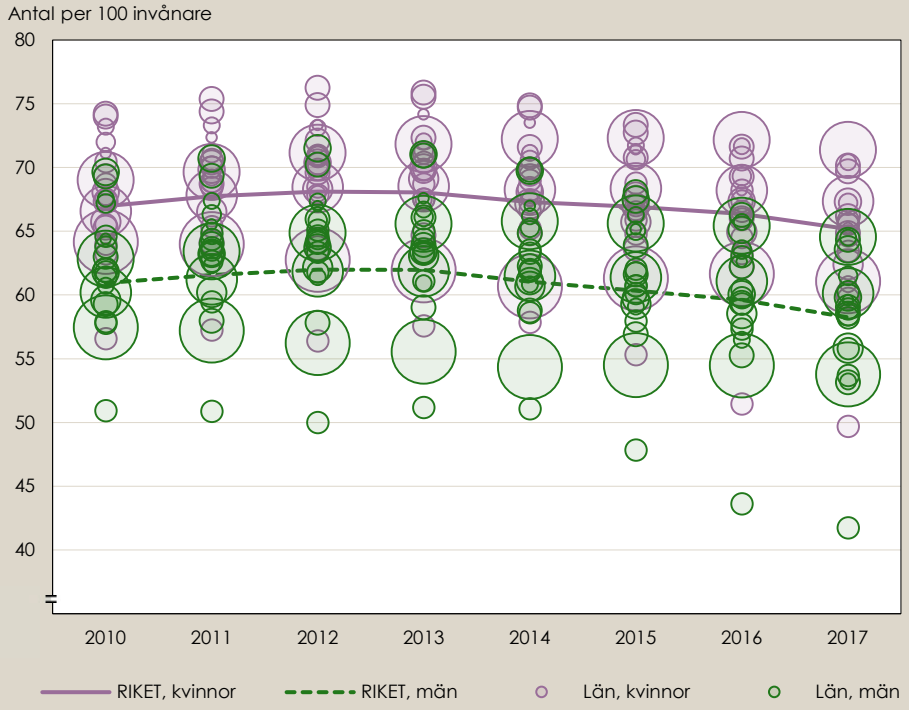
Det råder valfrihet att välja vem som ska utföra vården, antingen Folktandvården eller en privat vårdgivare. Inom vuxentandvården är det fri prissättning och patienterna bär själva en betydande del av kostnaden. Vuxna patienter är dessutom själva ansvariga för att kontakta tandvården och det ansvaret,

tillsammans med kostnaden, kan medföra att personer avstår från att regelbundet uppsöka tandvården för förebyggande undersökningar.

Indikatorn mäter antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden. I riket var antalet knappt 62 per 100 invånare 2017, även om förändringarna från år till år är små bör det noteras att värdet sjunkit fem år i rad från 2012 då värdet var 65. Dessutom har skillnaden blivit större mellan de län där högst respektive lägst antal per 100 invånare besökt tandvården inom en tvåårsperiod. Fler kvinnor än män har sina tänder undersökta inom en tvåårsperiod. För alla åren i jämförelseperioden är könsskillnaden ungefär samma, cirka 7 per 100 invånare.

3.1. Tandvårdsundersökning de senaste två åren

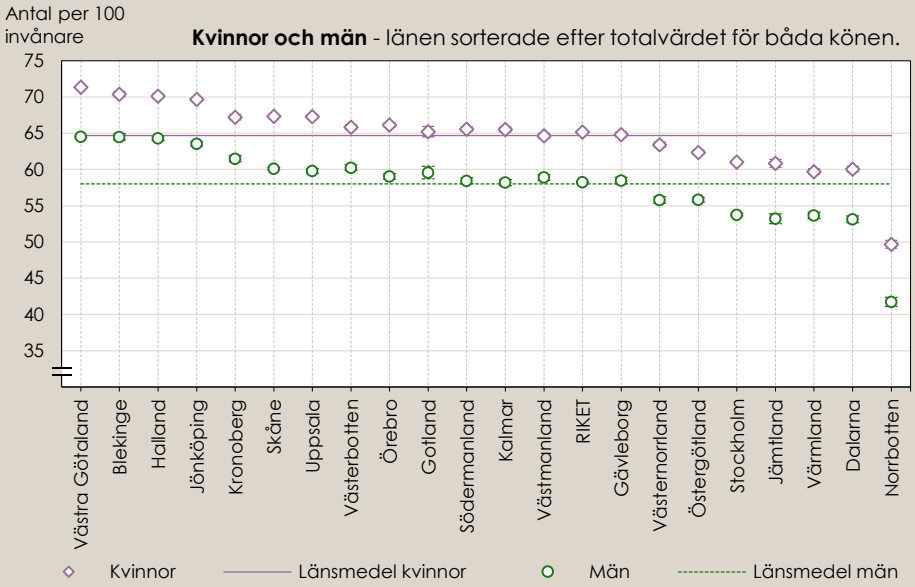
Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor varierar värdet mellan länen 2017 från knappt 50 upp till drygt 71 per 100 invånare. För män varierar antalet personer som fått en undersökning utförd mellan knappt 42 till nära 65 per 100 invånare.

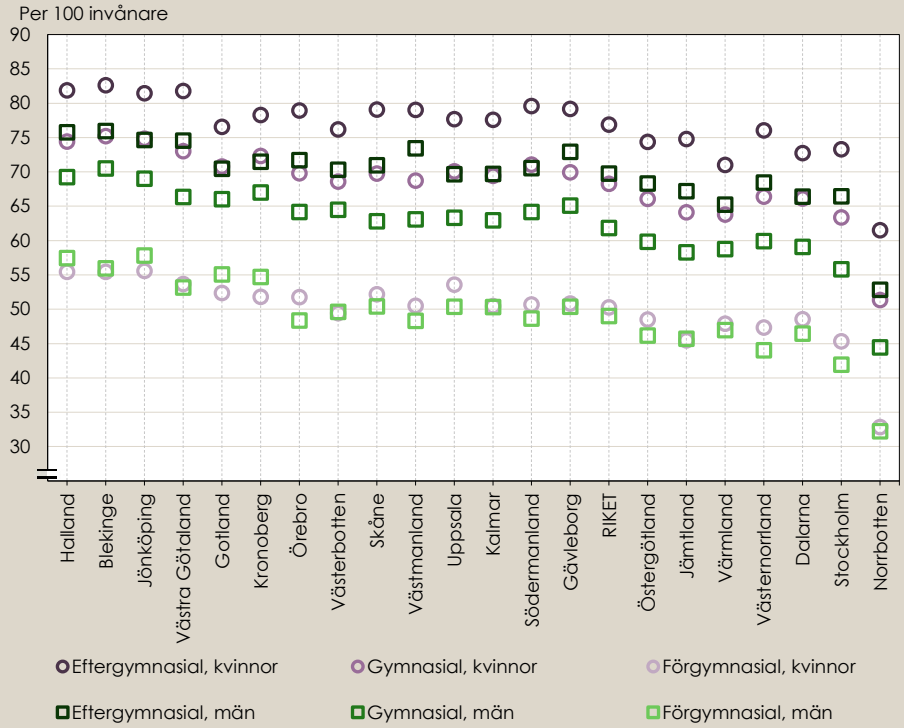
3.2. Tandvårdsundersökning de senaste två åren
Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, vuxentandvård, åldersstandardiserade värden, 2017.



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

För jämförelsen efter utbildningsnivåer avgränsas åldern till 35–79 år. Det är tydliga skillnader i resultat mellan personer med eftergymnasial utbildning, gymnasial utbildning och enbart grundskola. Skillnaderna finns i samtliga län. Det generella mönstret mellan könen, där kvinnor i högre grad än män, genomgått tandvårdsundersökning är tydligt bland dem med längre utbildning i alla länen. Bland dem med enbart förgymnasial utbildning har dock kvinnor ofta värden i nivå med män eller till och med lägre.

3.3. Utbildning och län. Tandvårdsundersökning de senaste två åren
Antal personer per 100 invånare som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden, åldersstandardiserade värden, 35-79 år, 2016–20167



Källa: Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har i tidigare utvärderingar pekat på att socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda personer i högre grad än genomsnittet avstått från att söka tandvård av ekonomiska skäl, vilket innebär att det finns ett jämlikhetsproblem när det gäller tandvårdskonsumtion och tandhälsa [32]. I slutbetänkande av *Kommissionen för jämlik hälsa* från 2017 (SOU 2017:47) framhålls att tandvården bör ses som ses som en del av hälso- och sjukvården och man föreslår att regeringen bör utreda förutsättningarna för minskade patientavgifter i tandvården [33].

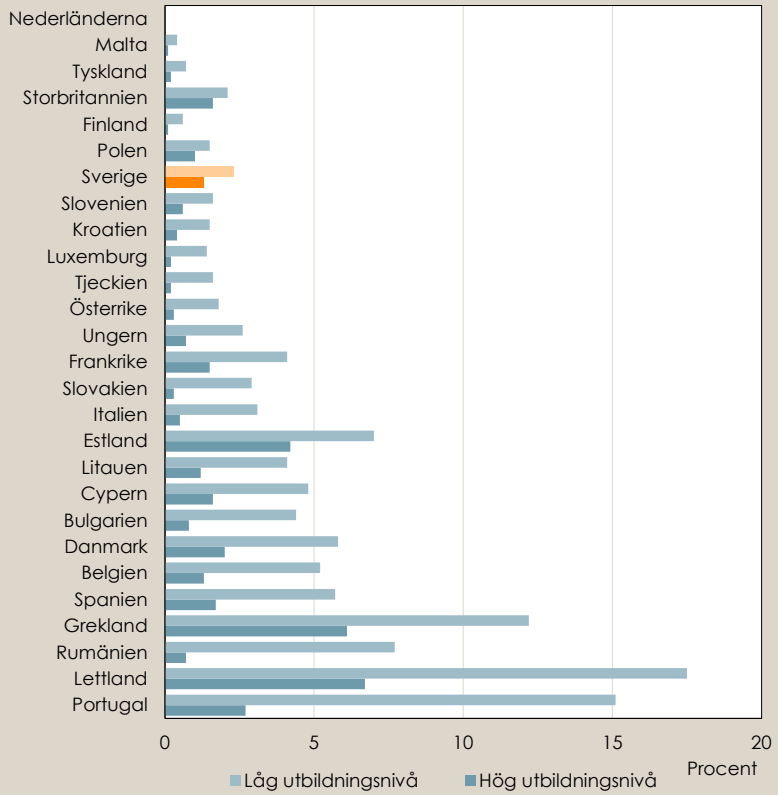
I avsnittet *Bakgrundsfaktorer* presenteras antal tandläkare per 1 000 invånare för länder i OECD, och vid en jämförelse har Sverige ett högt antal tandläkare per 1 000 invånare.

Tandvårdsskillnader och utbildning i Europa

Eurostat publicerar uppgifter om man har valt att avstå tandvårdsundersökning och av vilken anledning. Uppgifterna kan även delas upp efter olika socioekonomiska faktorer. I diagram E.7 redovisas andelen som avstått tandvårdsundersökning på grund av kostnaden för dem med lägst respektive högst utbildning enligt Eurostats indelning. I diagrammet sorteras länderna efter storleken på skillnaderna mellan dem med kortast respektive längst utbildning. Sverige hamnar relativt högt upp i diagrammet då stora skillnader är vanliga även i andra länder. Det enda land som inte redovisade någon skillnad mellan högsta och lägsta utbildningsgruppen var Nederländerna, där tandvård ingår i det obligatoriska sjukvårdsförsäkringssystemet.

E.7. Länder. Utbildning. Avstått tandvård på grund av kostnad

Andel bland dem med högst respektive lägst utbildningsnivå som uppgett att de avstått tandvårdsundersökning på grund av kostnad. Länder som rapporterat värden till Eurostat för 2017. Diagrammet **sorteras efter skillnaden** mellan utbildningsnivåerna.



Källa: EU statistics on income and living conditions, Eurostat.

Om relaterade mått och data

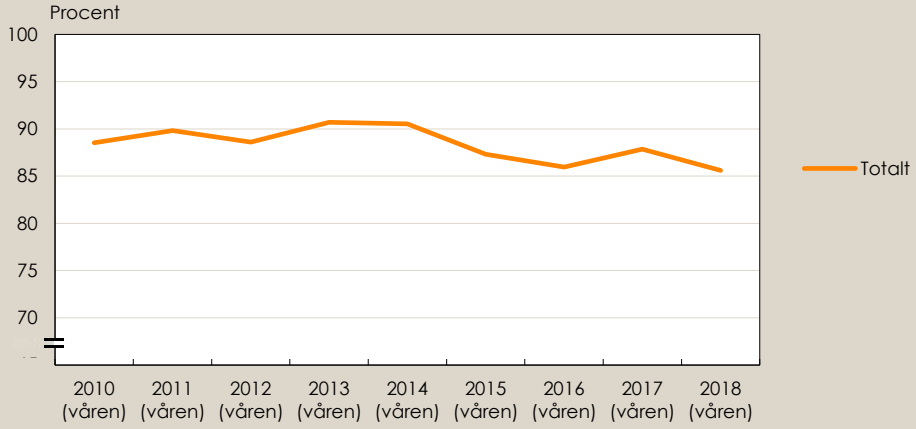
I Socialstyrelsen nationella utvärdering av tandvård 2013 presenterades ett antal indikatorer. Exempel på sådana indikatorer är *Sjukdomsbehandling vid karies* och *kariesfria 12-åringar* [32]. Resultat finns i Socialstyrelsens statistikdatabas.

4. Primärvårdens tillgänglighet per telefon

Enligt den nationella vårdgarantin som är en del av HSL (2017:30) ska personer som ringer till vården få rådgivning eller tidsbokning samma dag. För att följa upp det mäts telefontillgängligheten två gånger per år, mars och oktober. Resultaten som redovisas här är mätningar som genomförts på våren.

Alla vårdcentraler eller motsvarande som har datoriserade telefonisystem förväntas rapportera uppgifter. I riket som helhet besvarades knappt 86 procent av samtalen i mätningen våren 2018, vilket var den lägsta andelen för hela den redovisade perioden.

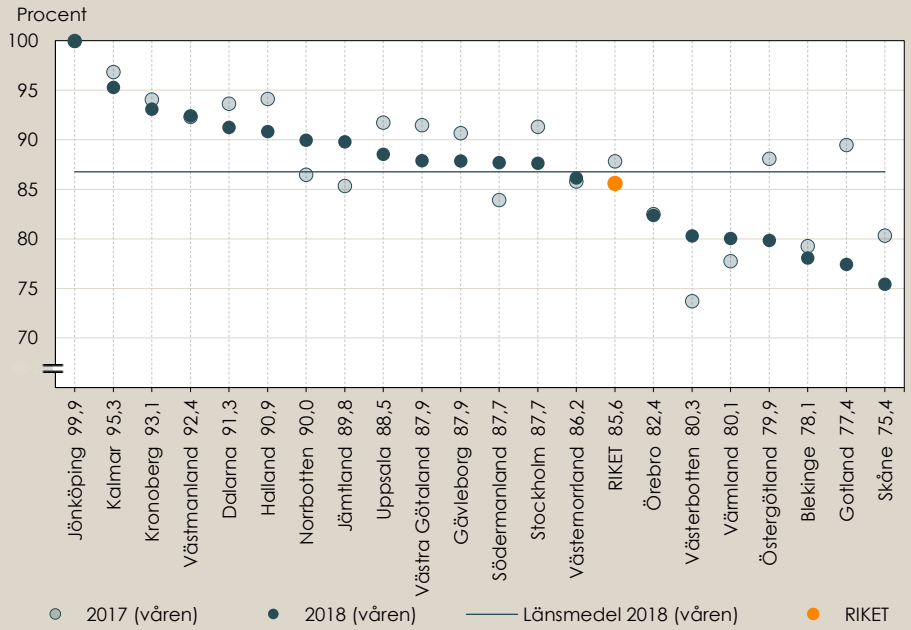
4.1. Primärvårdens tillgänglighet per telefon
Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, (enbart enheter med datoriserade telefonsystem).



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Landstingens andel besvarade samtal varierar från drygt 75 till 100 procent.

4.2. Primärvårdens tillgänglighet per telefon
Andel besvarade telefonsamtal i primärvården, (enbart enheter med datoriserade telefonsystem).



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Möjligheten att få kontakt med primärvården kan påverkas av dess organisering och tillgängliga resurser men även av vilka telefonsystem som används [34].

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via *www.vantetider.se*, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

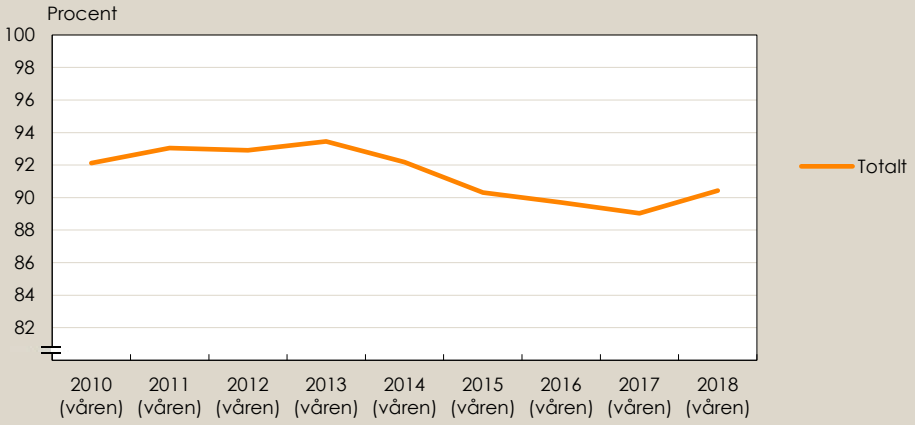
5. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Indikatorn visar andelen patienter som under mätperioden fick en tid hos allmänläkare inom sju dagar, vilket fastställs enligt vårdgarantin i HSL (2017:30). Från första januari 2019 kommer lagen ändras till att istället för ”besöka läkare i primärvården” avse ”medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården”.

Läkarbesök för hälsointyg, vaccination, kontroll eller uppföljning ingår inte. Vid rapportering av väntetider kan vårdcentralen ange om patienten själv valt en tid som ligger längre fram i tiden än sju dagar även om patienten initialt erbjudits tid inom sju dagar. Denna väntetid kallas ”patientvald väntetid” och är exkluderad i redovisningen. I all uppföljning av väntetider kan det finnas metodproblem att beakta. Därutöver kan medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera. 2013 var andelen i riket drygt 93 procent för att sedan sjunka under de fem följande åren, ner till 89 procent våren 2017. Värdet för 2018 bryter det mönstret och andelen våren 2018 är drygt 90 procent.

5.1. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård.



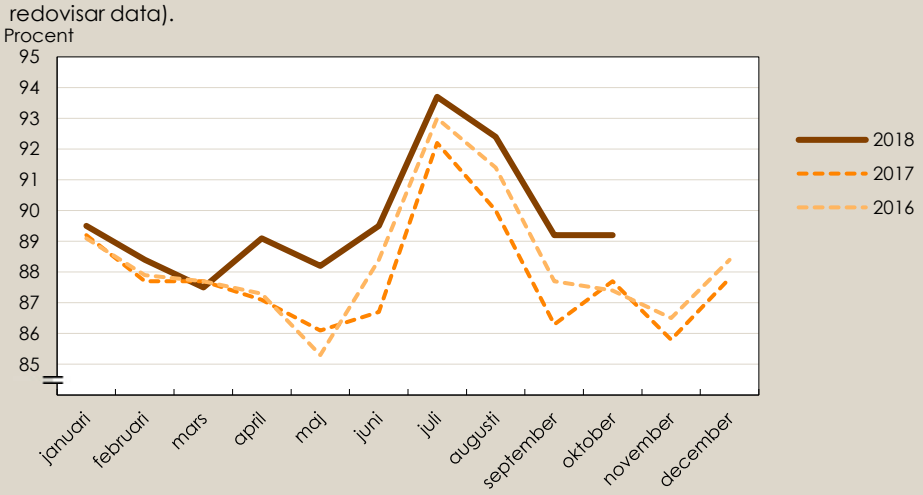
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Andelen mäts numera även månadsvis men alla landsting har inte kunnat rapportera månadsdata. De landsting som rapporterat (16 eller 17 för de senaste åren) ingår i de månadsdata som visas i diagram 5.2. Typiskt syns under åren en högre andel patienter som fått läkarbesök inom 7 dagar under juli och augusti. En trolig orsak till detta är att andelen planerade besök är lägre under sommaren. Detta går dock inte att enkelt verifiera eftersom uppföljningsbesök, vaccinationer med mera som inte ingår i indikatorn och vårdgarantin för närvarande inte samlas in månadsvis.

Data för alla rapporterade månader 2018, utom mars, ligger över dem för 2017 och 2016.

5.2. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård (summa av län som redovisar data).

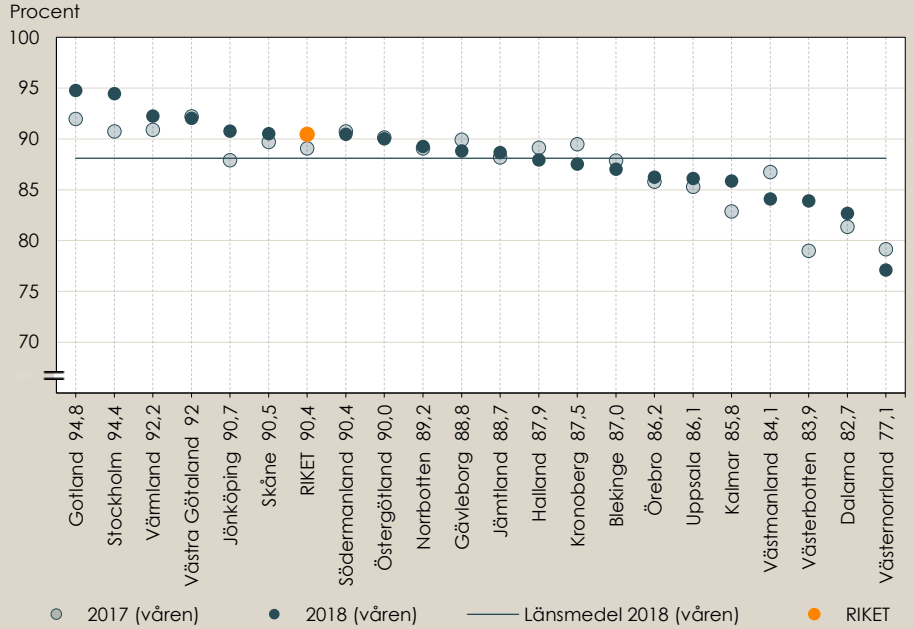


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Länsjämförelsen presenteras för våren 2017 och 2018 i diagram 5.3. Andelen patienter som får läkarbesök som täcks av vårdgarantin inom sju dagar i primärvård varierade mellan 77 till nära 95 procent i de olika landstingen för våren 2018.

5.3. Läkarbesök inom sju dagar i primärvård

Andel patienter som får läkarbesök inom 7 dagar i primärvård.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Möjligheten för personer att få ett läkarbesök i primärvården inom sju dagar finns angiven i vårdgarantin. Möjligheterna att tillgodose vårdgarantin kan påverkas av antalet patienter, antalet tillgängliga läkare och primärvårdens

organisering. Det är viktigt med regionala och lokala analyser av väntetider, eftersom dessa kan påverkas av patientsammansättningen och olika systemfaktorer [29].

Om relaterade mått och data

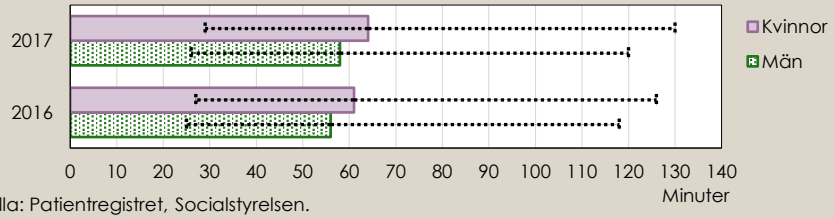
Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via *www.vantetider.se*, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

6. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Inom sjukhusbundna akutmottagningar finns skillnader i väntetider mellan akutmottagningarna både vad gäller total vistelsetid och tid till läkarbedömning. Denna indikator visar mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning. Indikatorn är en delmängd av patientens totala vistelsetid på akutmottagningen. Diagram 6.1. visar mediantiden till första läkarbedömning för kvinnor och män 2016 och 2017. För både 2017 och 2016 är mediantiden samt tiden för första och tredje kvartilen längre för kvinnor än för män. För båda könen syns en liten ökning av tiderna mellan åren.

6.1. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning. **Observera att "felstaplarna" i diagrammet markerar avståndet mellan 1:a och 3:e kvartilen (inte konfidensintervall som i övriga diagram).**

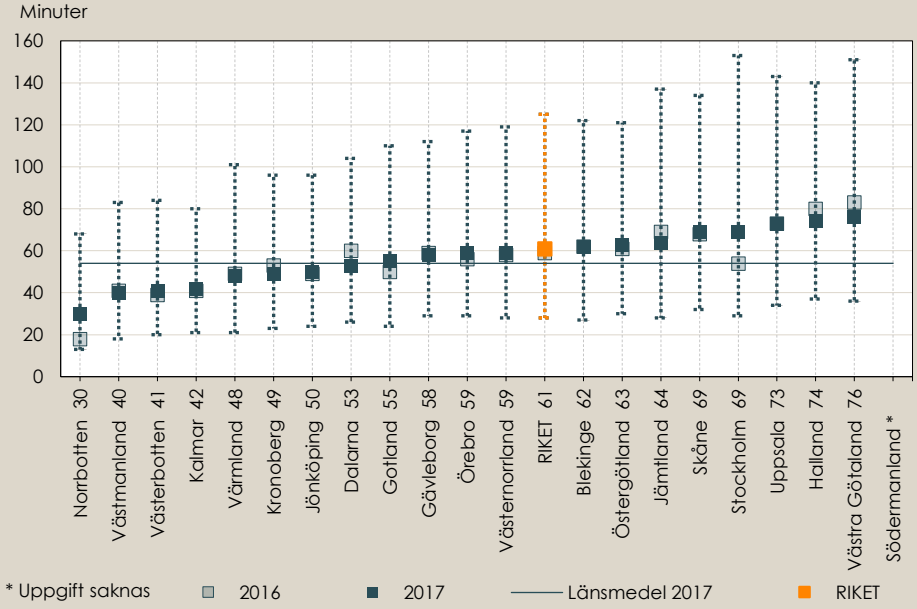


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Mediantiden i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagningen är för riket 61 minuter 2017 vilket var en ökning med 2 minuter jämfört med 2016. Värdena för länen varierar mellan 30 upp till 76 minuter vilket är en mindre variationsvidd än 2016.

6.2. Tid till läkarbedömning vid akutbesök

Mediantid i minuter till första läkarbedömning vid besök på akutmottagning, samt övre och nedre kvartil. **Observera att "felstaplarna" i diagrammet markerar avståndet mellan 1:a och 3:e kvartilen (inte konfidensintervall som i övriga diagram).**



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har tidigare visat att riskfaktorer som troligtvis bidrar till att patienter tillbringar mer än fyra timmar på akutmottagning är:

- stigande ålder
- första mottagande kliniks medicinska specialitet
- tid på dygnet
- inskrivning i slutenvård [35].

Om relaterade mått och data

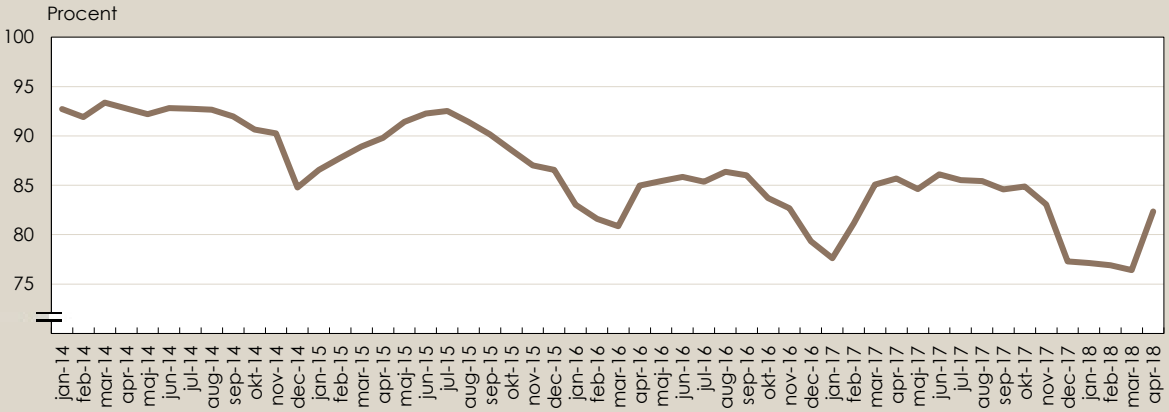
Relaterad till indikatorn som presenteras här är måttet som belyser patientens totala vistelsetid på akuten som visar tid från ankomst till avslutat besök på akutmottagning [36]. Via Socialstyrelsens statistikdatabas finns uppgifterna för båda måtten även nedbrutet på respektive akutmottagning och uppdelade efter patienter som är över respektive under 80 år, eftersom den äldre gruppen är speciellt viktig att följa upp.

Vistelsetid på akutmottagning i England

I England har National Health Service (NHS) målsättningen att patienter på sjukhusbundna aktumottagningar med allvarliga problem (kategori 1-patienter) ska ha en vistelsetid på under fyra timmar. Andelen av dessa patienter som har en vistelsetid på maximalt fyra timmar varierar över årets månader men har minskat om man jämför månaderna med motsvarande månad tidigare år, exempelvis från nära 93 procent i april 2014 till knappt 83 procent i april 2018. Antalet kategori 1-patienter var i april 2018 drygt 1 250 000 [37].

E.8. Vistelsetid på akutmottagning i England

Andel av kategori 1-patienter i England med maximalt 4 timmars vistelsetid på akutmottagning, månadsdata.



Källa: National Health Service (NHS).

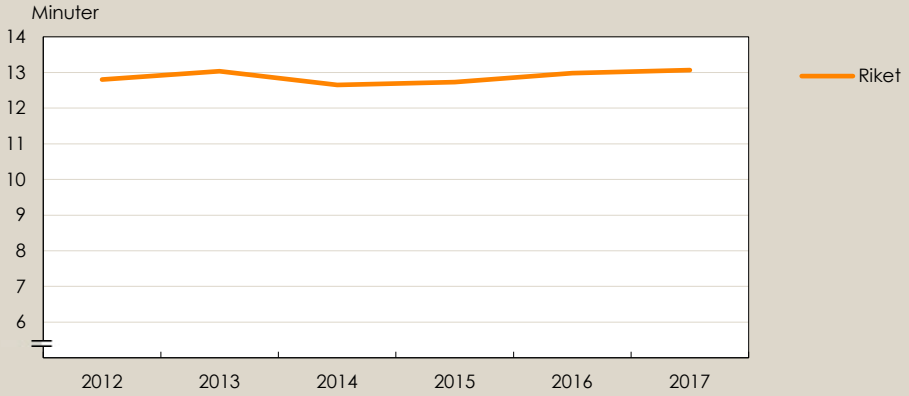
7. Responstid för ambulans

Den tekniska utvecklingen inom ambulanssjukvården gör att mer avancerad sjukvård kan utföras direkt i ambulansen. Detta gör att många vårdkedjor blivit effektivare och att vårdens kvalitet ökar. Tiden det tar för ambulansen att nå fram till en svårt sjuk eller skadad person är ofta avgörande för vårdens resultat.

Denna indikator visar responstiden för prio 1-larm, det vill säga larm som enligt Socialstyrelsens föreskrifter innebär akuta livshotande symtom eller olycksfall. Data kommer från SOS Alarm. Medianresponstiden för prio 1-larm var drygt 13 minuter 2017, och har legat relativt stadigt vid den nivån sedan 2012.

7.1. Responstid för ambulans

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm.

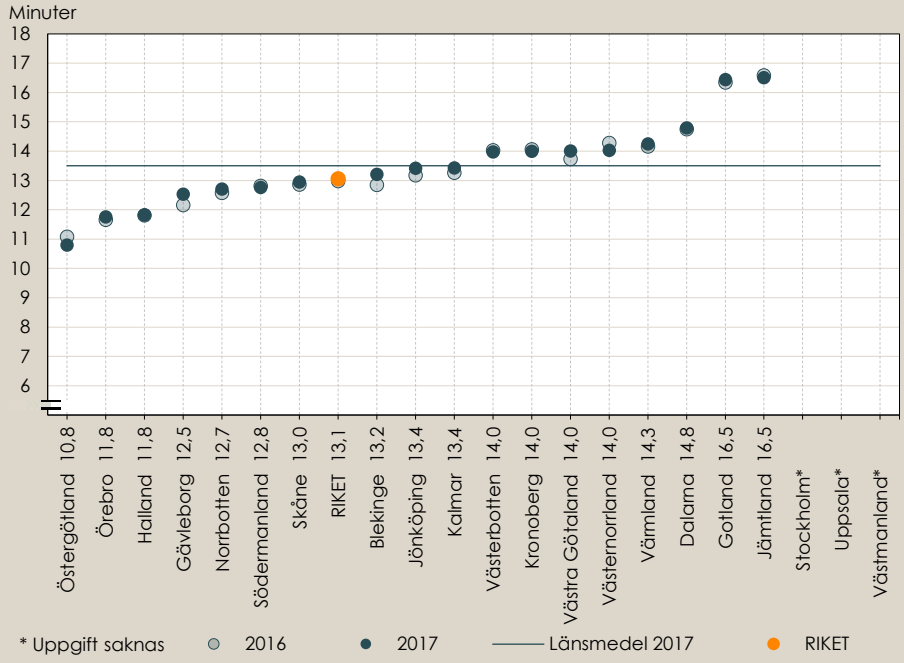


Källa: SOS Alarm.

Medianen skiljer upp till drygt 6 minuter mellan länen. Faktorer som påverkar responstiden är framför allt hur landstingen valt att organisera ambulanssjukvården, avseende till exempel antal ambulansstationer och hur stort område som varje enskild station ska täcka.

7.2. Responstid för ambulans

Mediantid mellan inkommet larmsamtal och ambulansens ankomst vid prio 1-larm.



Källa: SOS Alarm.

Vilka tillstånd som behandlas som prio 1-larm beror på de bedömningsgrunder som SOS Alarm använder sig av och de utgår från ett medicinskt index vid prioriteringar. Dock är prioriteringarna inte enhetliga över landet och SOS Alarm uppger att flertalet landsting kräver att prioriteringarna ska anpassas till respektive vårdkedjor [38].

Det är svårt att göra någon internationell jämförelse inom ambulanssjukvården. Orsaken är bland andra att prioriteringarna skiljer sig åt samt att hälso- och sjukvårdssystemet organiseras på olika sätt. *National Health Service* (NHS) i Storbritannien publicerar månadsvisa rapporter med resultat för ambulanssjukvården, och i september 2018 var mediantiden 7 minuter och 20 sekunder från larmsamtal till dess att ambulansen var på plats för prio 1-fallen [39].

Om relaterade mått och data

Indikatorn presenteras på kommunnivå i *Öppna jämförelser Trygghet och säkerhet* som tas fram av SKL och Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB).

8. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

År 2009 genomfördes en särskild satsning för att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa, den så kallade ”förstärkta vårdgarantin”. Målet var att minst 90 procent av patienterna skulle ha fått en första be-

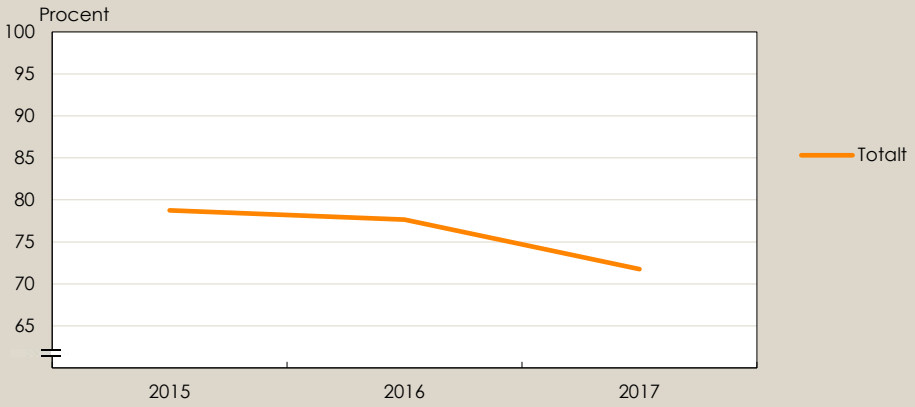
dömning inom 30 dagar och minst 80 procent av patienterna en påbörjad fördjupad utredning/behandling inom ytterligare 30 dagar. Detta är också indikatorn som valts här, trots att den förstärkta vårdgarantin numera tagits bort så kvarstår dessa mål för tillgängligheten [40].

Andelen barn och unga som väntat högst 30 dagar när de fått utredning eller behandling inom barn och ungdomspsykiatrin (bup) baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Helårsdata visar på en fortsatt nedgång av andelen 2017.

8.1 Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.

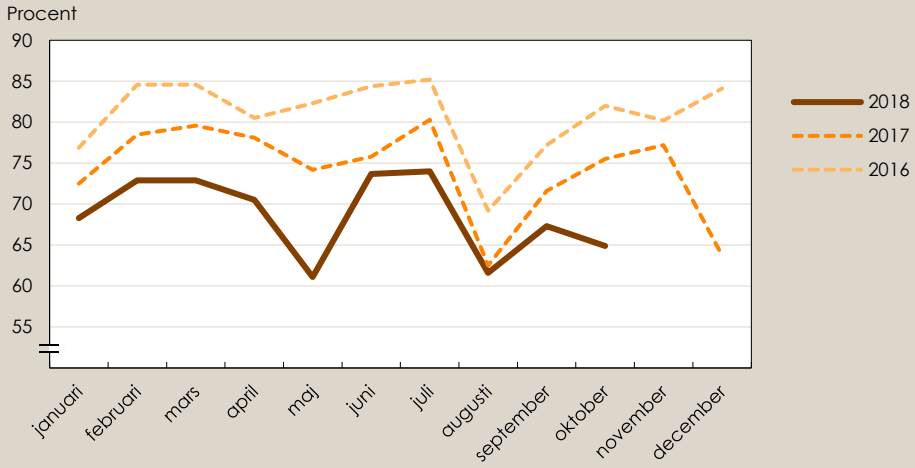


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns en variation mellan månaderna där augusti och även januari normalt sett har lägre värden än övriga månader för respektive år. Samtliga månader som redovisas för 2018 visar lägre värde än motsvarande månader 2017 och 2016, vilket pekar mot att helårsvärdet 2018 kommer att fortsätta den nedåtgående trenden.

8.2. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.

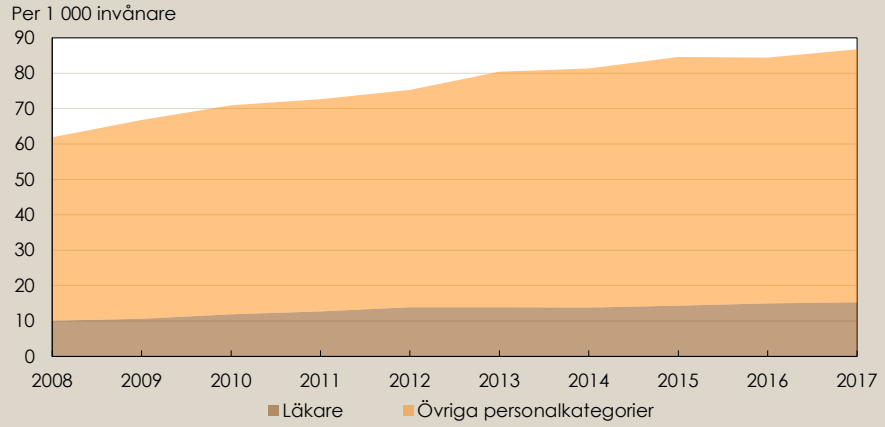


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Verksamheten och efterfrågan/behoven inom barn och ungdomspsykiatrin har ökat kontinuerligt vilket är en bidragande orsak till att det blivit svårare att klara tillgänglighetsmålen. Diagram E.9 visar utvecklingen av patientbesök. Mellan 2008 och 2017 har antalet läkarbesök per 1 000 invånare ökat med drygt 50 procent och för andra personalkategorier med nära 40 procent.

E.9. Besök inom barn- och ungdomspsykiatri

Antal läkarbesök och besök med andra personalkategorier inom barn- och ungdomspsykiatri, per 1 000 invånare.

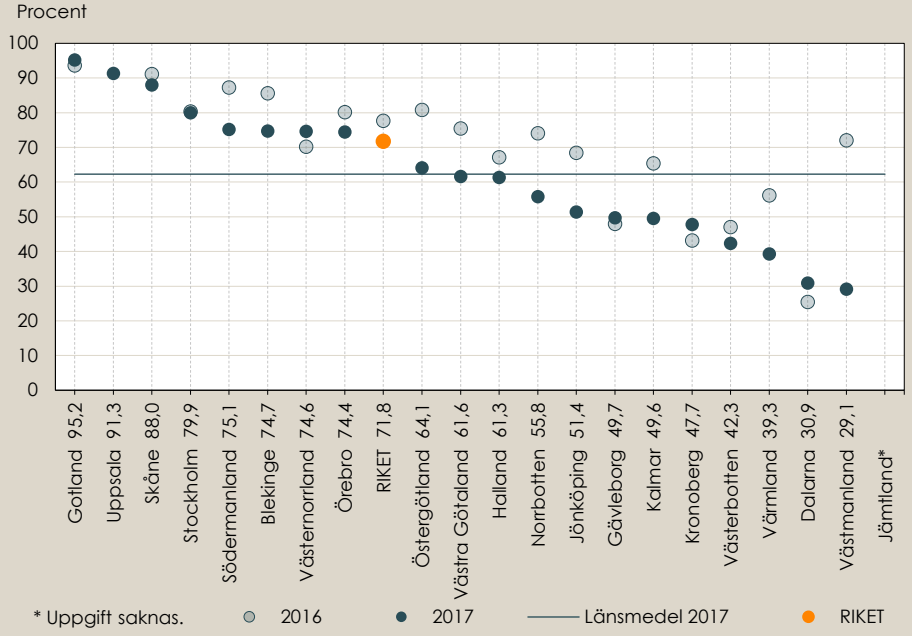


Källa: Verksamhetsstatistik, Sveriges Kommuner och Landsting.

Diagram 8.3. visar helårsdata för landstingen. Det är stor variation mellan de olika länen – från knappt 29 till 95 procent. För riket, helåret 2017, startade knappt 72 procent av samtliga utredningar och behandlingar inom 30 dagar.

8.3. Startade utredningar och behandlingar inom 30 dagar - bup

Andel utredningar och behandlingar som startats inom 30 dagar i barn- och ungdomspsykiatrin.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Det kan finnas metodproblem vid uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

År 2018 slöts en ny överenskommelse kring barn och ungas psykiska hälsa mellan staten och SKL. Utöver satsningar på bup fokuserar överenskommelsen i högre grad än tidigare på första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Verksamheten kan bedrivas av både kommuner och landsting och fokuserar på tidiga insatser och stöd till andra verksamheter som kommer i kontakt med barn, personalkategorier kan vara exempelvis psykologer, sjuksköterskor eller socionomer [40, 41]. Exempel på insatser är:

- främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa
- att ringa in och definiera problem, symtom och besvär
- att hänvisa och remittera vidare till andra aktörer
- att vara ett konsultativt stöd för andra verksamheter som möter barn som mår dåligt
- att ge stöd till barn enskilt eller i grupp, och till familjen [41].

En viktig part i arbetet med barn och ungas psykiska hälsa är elevhälsan. Skolinspektionen konstaterade i en granskning av elevhälsan 2014 och 2015 att skolpsykolog ofta saknades i det förebyggande arbetet samt att hälften av de barn och ungdomar som ingick i undersökningen hade mått dåligt eller känt oro. Skolinspektionen konstaterade även att eleverna behöver få mer kunskap om psykisk ohälsa [42].

Om relaterade mått och data

På webbplatsen *www.vantetider.se* redovisas uppgiften om barn och unga som väntat högst 30 dagar på ett första besök till bup och även tillgängligheten inom första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri (Q-bup) är ett kvalitetsregister under uppbyggnad. Under 2018 gav registret ut sin första årsrapport [43]. I registret går det bland annat att följa hur stor andel patienter som:

- fått läkemedelsbehandling och genomgått en somatisk läkarundersökning
- fått en strukturerad suicidriskbedömning
- behandlas med KBT för depression, ångest eller OCD
- får vård som innebär samverkan mellan professioner eller verksamheter
- påtagligt försämrats.

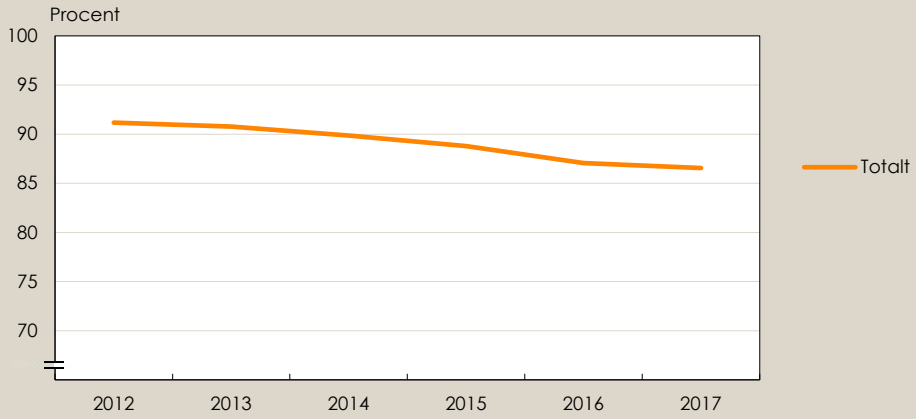
9. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Denna indikator baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen. Indikatorn visar andelen besök där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, av totalt antal genomförda besök, vilket fastställs i vårdgarantin, HSL (2017:30). Patientvald väntetid är exkluderad. I indikatorn ingår inte patienter som tackat nej till vård eller patienter som bör vänta längre än den uppsatta gränsen på 90 dagar. Dessutom

ingår inte medicinsk service, utredningar och undersökningar, återbesök och hjälpmedelsförsörjning, förutom utprovning av hörapparater. Andelen genomförda besök inom 90 dagar har sjunkit succesivt mellan 2012 och 2017.

9.1. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.

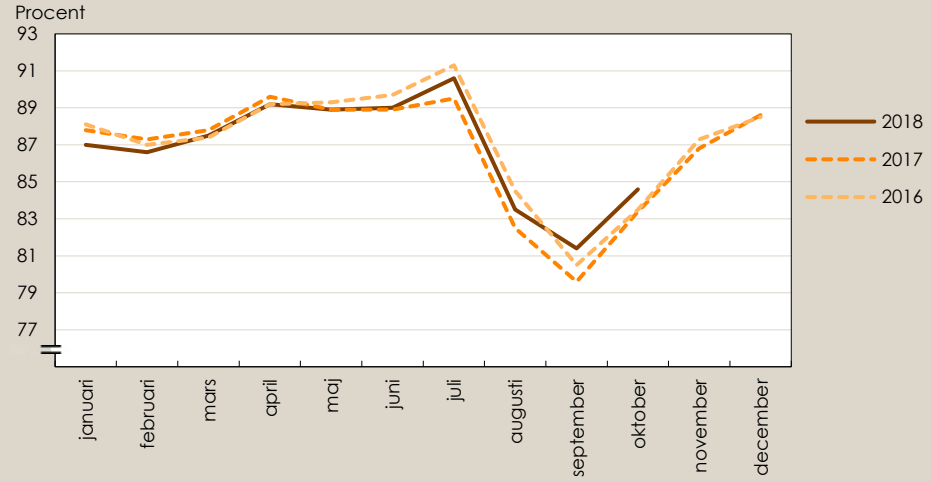


Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

När resultatet bryts ned per månad i diagram 9.2 visar andelen en tydlig säsongsvariation där lägst värde för respektive år finns i september månad. Fram till juni 2018 ligger månadsvärdena i nivå med eller något under 2017 men från juli har värdet legat över motsvarande månader 2017. Om detta håller i sig för de sista månaderna 2018 kommer helårsvärdet inte fortsätta nedgången som syns i diagram 9.1.

9.2. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård, månadsdata

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.



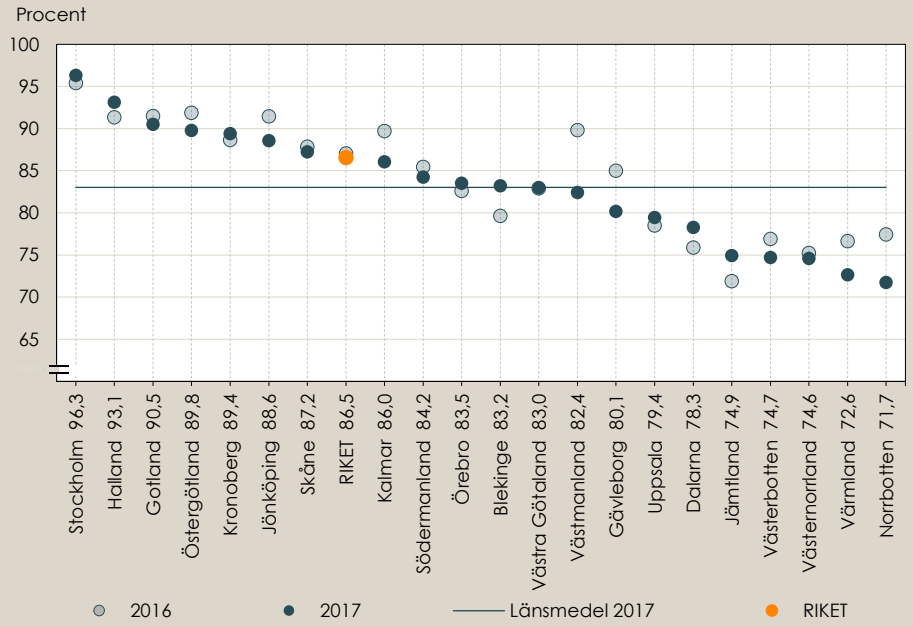
Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 9.3 redovisas andel patienter som väntat högst 90 dagar på besök i specialiserad vård med helårsdata per landsting. Mellan landstingen varierade andelen från knappt 72 procent till drygt 96 procent för 2017. Det kan finnas

metodproblem i uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

9.3. Besök inom 90 dagar i specialiserad vård

Andel genomförda besök i planerad specialiserad vård inom 90 dagar.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via *www.vantetider.se*, även nedbrutet på enheter så som vårdcentraler och kliniker.

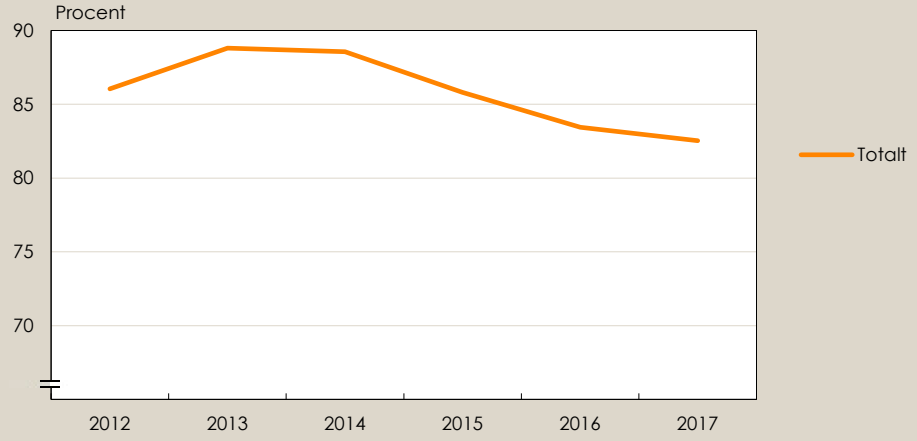
10. Operation inom 90 dagar

Indikatorn baseras på uppgifter som varje månad rapporteras till den nationella väntetidsdatabasen.

Indikatorn visar andelen operationer eller andra behandlingsåtgärder där patienterna väntat högst 90 dagar inom specialiserad vård, av totalt antal genomförda operationer och åtgärder, vilket fastställs i vårdgarantin (HSL 2017:30). Patientvald väntetid är exkluderad. Andelen operationer/åtgärder inom 90 dagar har minskat varje år sedan 2013 fram till 2017 (diagram 10.1).

10.1. Operation inom 90 dagar

Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar.



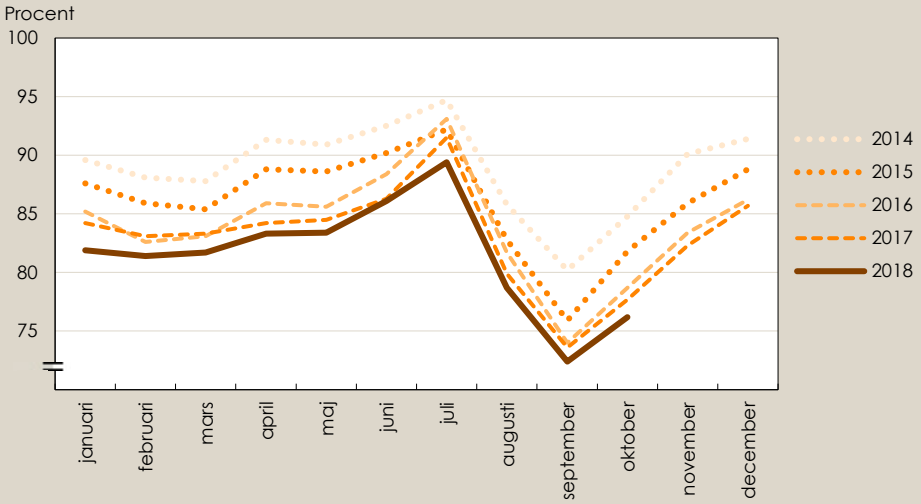
Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

När data redovisas på månader i diagram 10.2, framgår att de hittills rapporterade månaderna för 2018 i samtliga fall ligger lägre än motsvarande månad 2017, vilket talar för att trenden för helårsdata i diagram 10.1 kommer fortsätta även för 2018.

Månadsdata på riksnivå visar en tydlig säsongsvariation där andelen är högst i juli och minskar sedan kraftigt under augusti till att vara som lägst i september varje år. För den senast redovisade månaden, oktober 2018, genomfördes drygt 76 procent av operationerna inom 90 dagar.

10.2. Operation inom 90 dagar

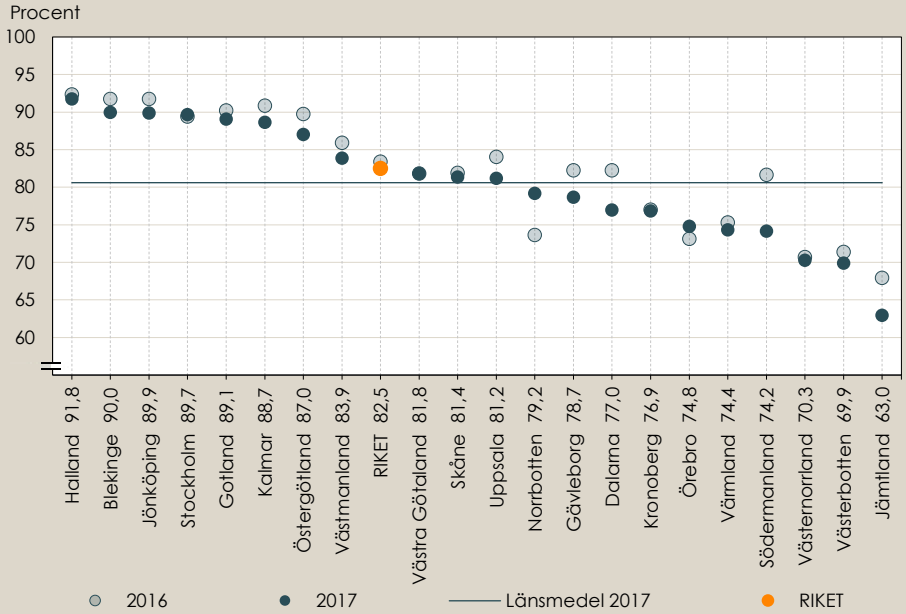
Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar.



Källa: Väntetider i Vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 10.3. redovisas helårsvärden för andelen operationer/åtgärder som utförts inom 90 dagar i olika landsting. Mellan länen varierar värdena från 63 till knappt 92 procent 2017. Det kan dock finnas metodproblem i all uppföljning av väntetider. Exempelvis kan de medicinska indikationerna och kriterierna för när en patient ska ges en viss behandling variera inom landet.

10.3. Operation inom 90 dagar
Andel operationer/åtgärder i planerad specialiserad somatisk vård inom 90 dagar.



Källa: Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting.

Om relaterade mått och data

Resultat för uppföljning av vårdgarantin finns tillgängliga via *www.vantetider.se*, även nedbrutet på specialiteter och enheter så som vårdcentraler och kliniker.

11. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Att ha tillgång till rätt resurser och kompetens i förhållande till de behov en person har är en viktig aspekt av tillgänglighet i vården. En disponibel vårdplats är en vårdplats inom den slutna vården med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och personalens arbetsmiljö. Överbeläggning innebär att en inskriven patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats [44]. Utlokaliserad patient innebär att en inskriven patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och det medicinska ansvaret för patienten [45].

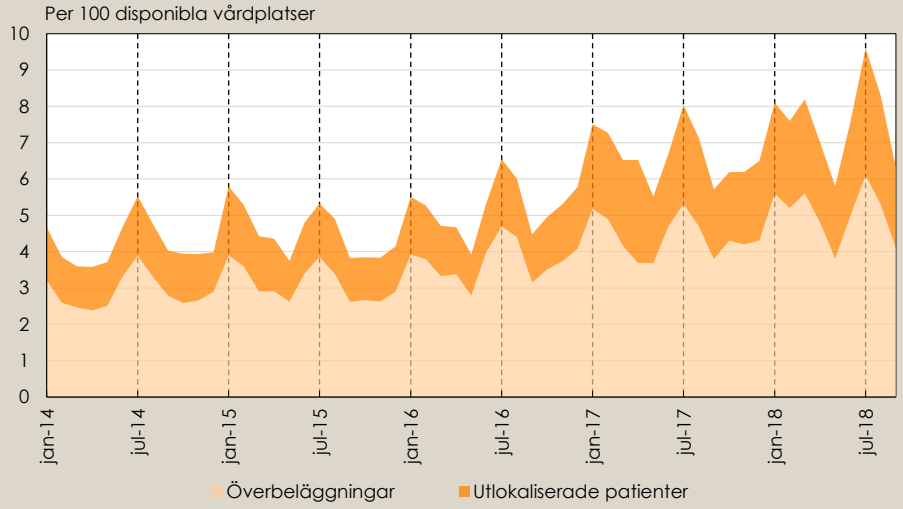
En överbelagd vårdavdelning innebär att patienter vårdas på en plats som inte har den medicinska utrustning som kan behövas och en fysisk arbetsmiljö som ökar risken för vårdskador. Det är dubbelt så vanligt att en utlokaliserad patient drabbas av en vårdskada [46].

Världen över har det skett en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård, vilket bidragit till bättre medicinska resultat och en effektivisering av vården. Sverige ligger långt fram i denna utvecklingsprocess. Trots denna positiva utveckling finns det fortfarande problem med överbeläggningar och utlokaliserade patienter i slutenvården. Dessa problem har också tilltagit under mätperioden. Diagram 11.1 visar överbeläggningar och utlokaliseringar

för respektive månad i riket. Det finns ett tydligt mönster som visar att problemen oftast är störst under januari samt juni–augusti samt att topparna är högre i slutet av mätperioden än i början, med exempelvis en tydlig skillnad mellan 2017 och motsvarande månader 2016 och de lägsta värdena för 2017 och 2018 är i nivå med de högsta värdena 2014 och 2015.

11.1. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården, månadsdata för riket.

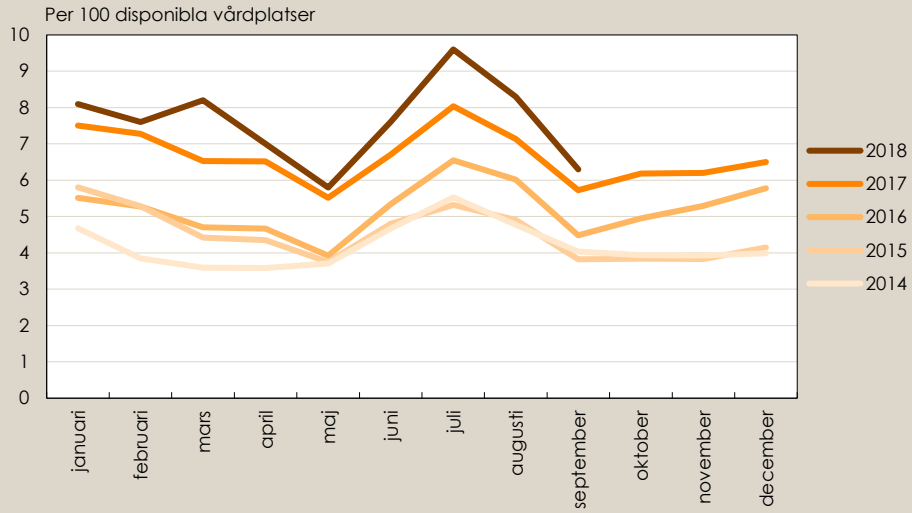


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 11.2 framgår också att överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat för varje år sedan 2014 och i de flesta fall ligger varje månads värde över föregående års motsvarande månad. Ökningen är störst mellan 2016 och 2017 men samtliga redovisade månader för 2018 ligger även över motsvarande månad 2017.

11.2. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården, månadsdata för riket.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

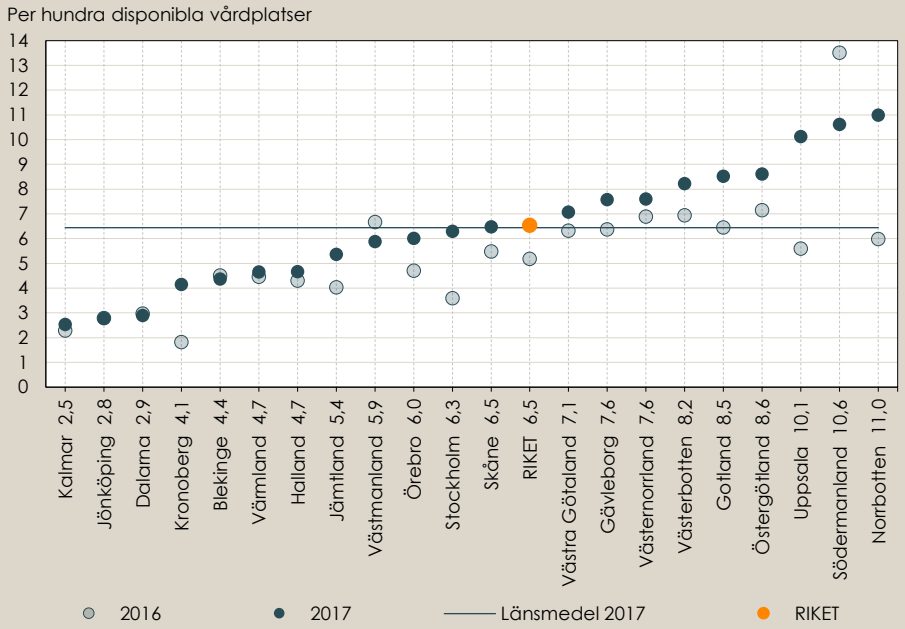
OECD samlar in uppgifter om antalet vårdplatser i olika länder. Sverige är ett av de länder som redovisar lägst antal slutenvårdsplatser per invånare, vilket framgår i avsnittet *Bakgrundsfaktorer*. Färre vårdplatser kan vara ett tecken på att man arbetar mer effektivt genom exempelvis kortare vårdtider, förebyggande arbete och vårdinsatser i hemsjukvård och öppenvård som minskar behovet av att skrivas in på sjukhus. En ökande och på vissa håll hög förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar visar dock att slutenvårdsresurserna, oftast i form av personal, i flera fall varit otillräckliga för det aktuella behovet.

I diagram 11.3 jämförs helårsdata för landstingen och riket. Riksgenomsnittet för 2017 var 6,5 överbeläggningar och utlokaliseringar per 100 disponibla vårdplatser vilket var en ökning med 1,4 jämfört med 2016. För de enskilda landstingen varierar antalet stort, för 2017 från 2,5 till 11,0.

Vissa felkällor kan finnas i mätningen, till exempel tillämpning av definitioner samt svårigheter med registrering och patientadministrativa system.

11.3. Överbeläggningar och utlokaliserade patienter

Överbeläggningar och utlokaliserade patienter per 100 disponibla vårdplatser i den slutna somatiska vården.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I Socialstyrelsens rapport *Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter* redogörs för att Stockholms läns landsting genomfört en utredning som visar att behovet av vårdplatser kan påverkas av:

- bättre fördelning av disponibla platser
- bättre samverkan mellan akutsjukvården och de övriga aktörerna
- bättre patientsäkerhetsarbete
- processutveckling [46].

SKL har även samlat analyser, goda exempel, verktyg och arbetssätt för att minska överbeläggningar och utlokaliseringar i rapporterna *Ingen på sjukhus i onödan* och *För en välfungerande vårdkedja.*

Om relaterade mått och data

Indikatorerna *Antal överbeläggningar per 100 vårdplatser* samt *Antal utlokaliserade patienter per 100 vårdplatser* redovisas i *Vården i siffror* och på *www.vantetider.se* och då även uppgifter för respektive sjukhus.

Indikatorn *Utskrivningsklara patienter på sjukhus* är ofta intressant att beakta i samband överbeläggningar och utlokaliseringar.

12. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

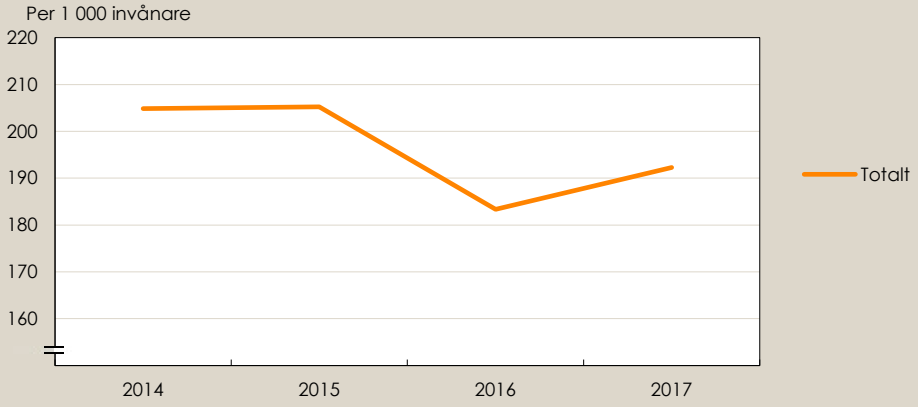
En viktig aspekt på samarbetet i hälso- och sjukvårdssystemet är att en patient som inte längre behöver sjukhusets resurser ska kunna lämna sjukhuset för vidare vård i det egna hemmet eller i andra vårdformer. En person är utskrivningsklar om behandlande läkare inte längre bedömer att personen behöver sluten vård [47].

Om läkaren bedömer att personen inte klarar sig på egen hand efter utskrivningen ska läkaren kalla till vårdplanering. Kommunerna har ansvar för att en äldre patient ska kunna få fortsatt vård och stöd utanför sjukhus.

Indikatorn visar summan av dagar patienter varit utskrivningsklara per 1 000 invånare bland personer 65 år och äldre. I riket uppgick antalet till 192 dagar 2017 vilket var en uppgång med 9 dagar jämfört med 2016.

12.1. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare. Avser personer 65 år och äldre.



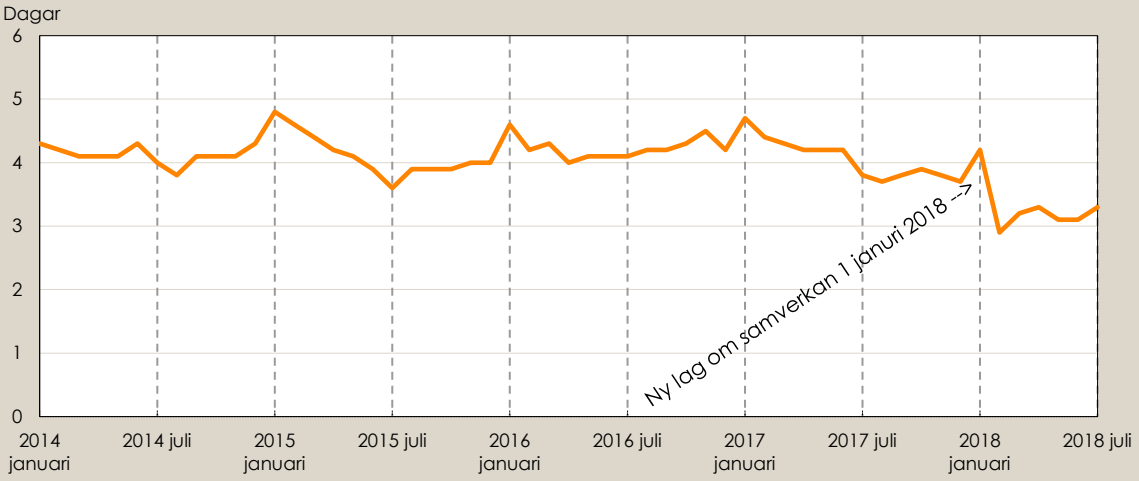
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Den första januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. I och med det har kommunen betalningsansvar tre dagar efter underrättelse om en utskrivningsklar patient. Detta kommer troligtvis leda till lägre värden för indikatorn när uppgifter för helåret 2018 står färdiga. Som komplement till indikatorn om antalet dagar per 1 000 invånare 65 år och äldre publiceras numera även uppgifter om medelvårdtid som utskrivningsklar. Detta mått är också möjligt att följa månadsvis och då syns en minskning av värdena (diagram E.10) från februari

jämfört med motsvarande månader föregående år, alltså tidsmässigt i samband med den nya lagens införande.

E.10. Tid som utskrivningsklar patient på sjukhus

Antal sjukhusvårddygn som utskrivningsklar per vårdtillfälle (medelvårdtid).

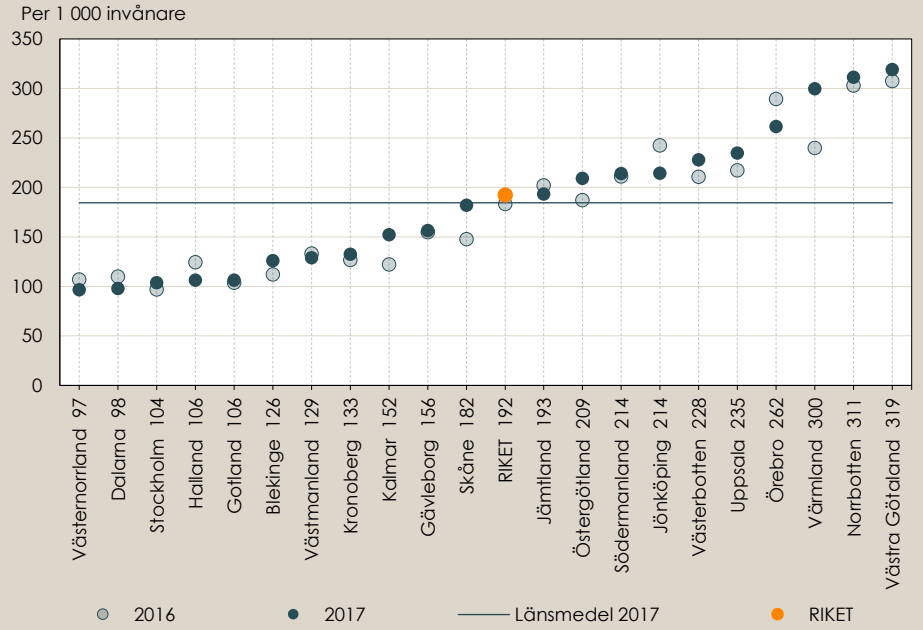


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

För de enskilda landstingen varierade antalet dygn som utskrivningsklara per 1 000 invånare 2017 från 97 till 319.

12.2. Utskrivningsklara patienter på sjukhus

Antal dygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara per 1 000 invånare. Avser personer 65 år och äldre.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Ett stort antal dygn som utskrivningsklar per invånare kan vara ett tecken på att kommunerna inte har tillräcklig kapacitet eller att det finns andra brister i samverkan mellan kommuner och landsting.

Om relaterade mått och data

En relaterad indikator som i vissa fall kan påverka antalet utskrivningsklara patienter är *Väntetid till särskilt boende*. Indikatorn presenteras nedan i denna rapport samt i *Kolada*. Uppgiften om *Tid som utskrivningsklar patient på sjukhus* kan följas månadsvis i *Vården i siffror*.

13. Väntetid till särskilt boende

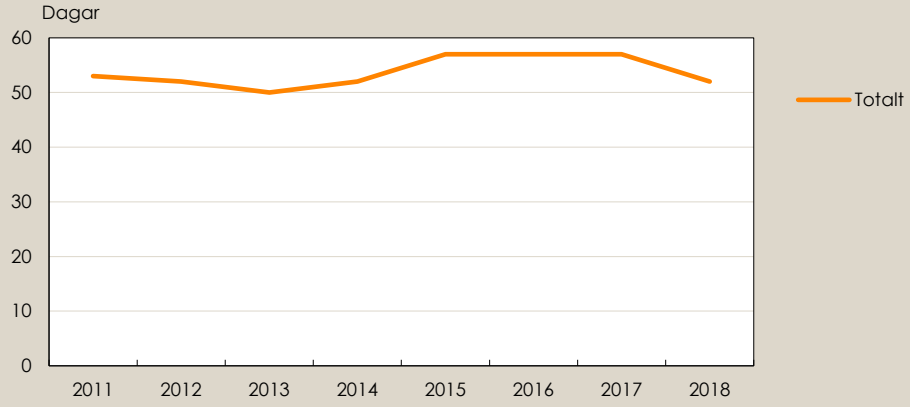
Kommunen har ansvar för hälso- och sjukvårdsinsatser i särskilda boendeformer upp till sjuksköterskenivå. En person som behöver ett särskilt boende ska inte behöva vänta på ett erbjudande om en plats, eftersom en lång väntan kan påverka den äldres hälsa. Kommunerna ska rapportera icke-verkställda beslut till IVO om beslut inte verkställts inom tre månader.

Indikatorn visar på kommunernas beredskap och förmåga att planera tillgången till särskilt boende i förhållande till befolkningens behov. Kommunen gör egna mätningar av det genomsnittliga antalet väntedagar från ansökan till erbjuden plats på särskilt boende för personer över 65 år, och indikatorn bygger på frivilligt inrapporterad data.

Resultat för indikatorn visar ett medelvärde på 52 dagar för de kommuner som deltagit i mätningen 2018, vilket var 5 dagar kortare än 2017.

13.1 Väntetid till särskilt boende

Medelväntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet/riket.

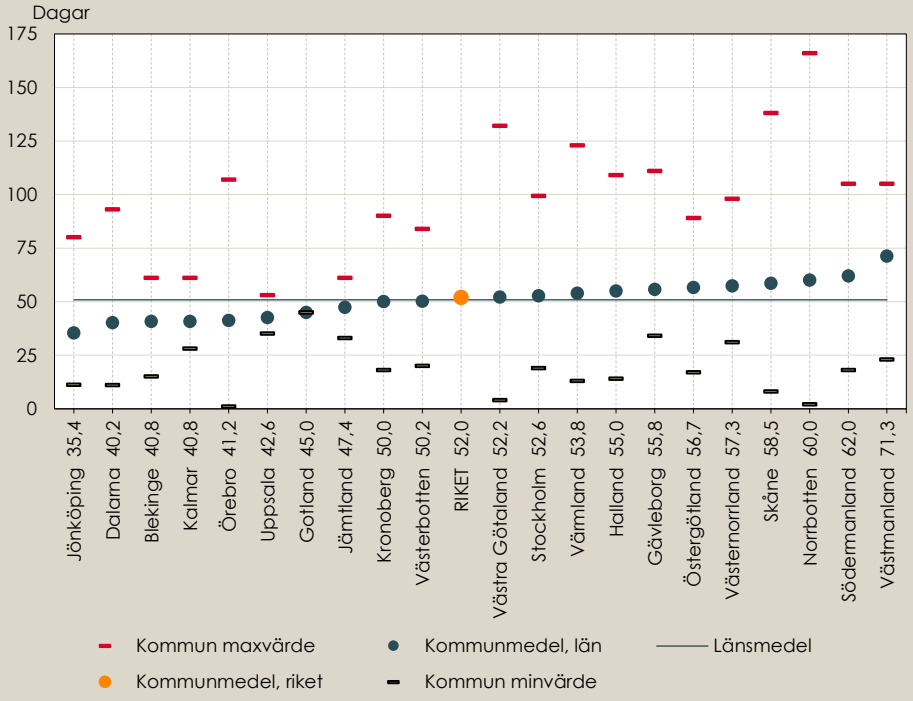


Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser.

Spridningen mellan kommunerna varierar mellan 1 och 166 dagar 2018. Väntetiden kan även variera stort mellan kommunerna inom ett län. I länet med störst spridning på kommunnivå är skillnaden 164 dagar. Medelväntetiden i genomsnitt för kommunerna i respektive län varierar från 35 till 71 dagar.

13.2. Väntetid till särskilt boende

Medelväntetid i antal dagar från ansökningsdatum till erbjudet inflyttningsdatum till särskilt boende, medelvärde för kommunerna i länet/riket, 2018.



Källa: Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser.

För att tillgodose äldres behov av särskilt boende inom tre månader behöver kommunerna ha en bra planering för framtida behov, exempelvis genom så kallade lokalförsörjningsplaner. En orsak till att framförhållningen måste vara god är att nybyggnationer tar lång tid och kostar mycket.

Kommunerna kan även skapa så kallade mellanboendeformer. Sådana boenden är anpassade till äldre men de boende har inga insatser. Boendetypen kallas ofta trygghetsboende och syftet är att öka den enskildes trygghet och minska behovet av bland annat särskilda boenden. I slutbetänkandet *Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer* (SOU 2017:21) lyfts behovet av trygghetsboenden och andra boendeformer som bidrar till vardaglig samvaro och gemensamma aktiviteter fram [48].

Väntetiden kan även påverkas av samverkan mellan kommunerna och landstingen, bland annat samarbetet kring de personer som är utskrivningsklara på sjukhus.

Om relaterade mått och data

En relaterad indikator som i vissa fall kan påverka väntetiden är *Utskrivningsklara patienter på sjukhus*. Indikatorn presenteras i denna rapport samt i *Kolada*.

14. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

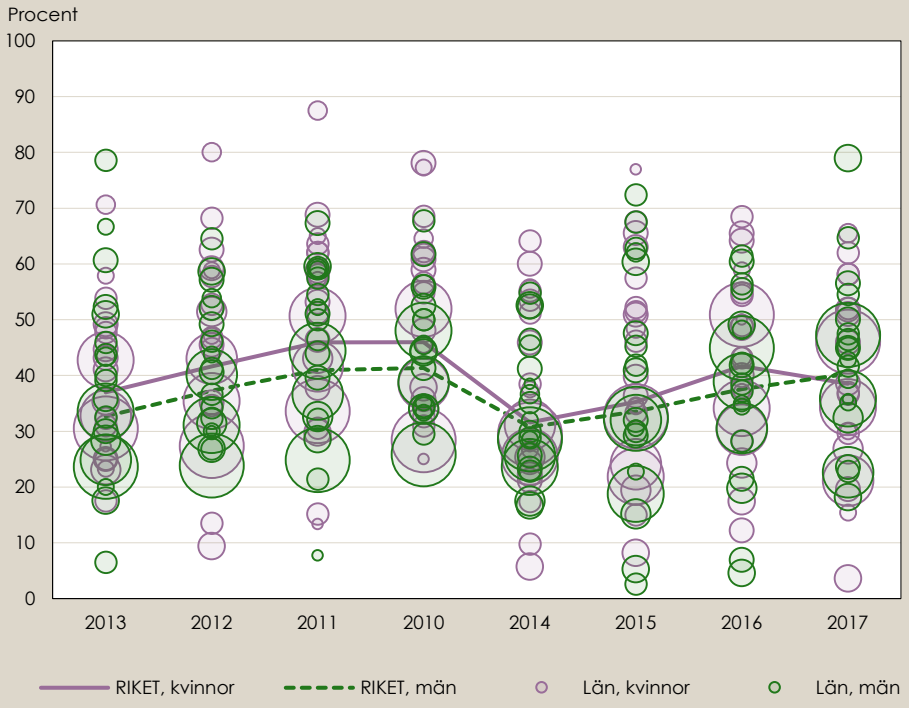
Drygt 4 000 personer insjuknar i tjocktarmscancer årligen. Den viktigaste åtgärden för att behandla tjock- eller ändtarmscancer är kirurgi [49].

Indikatorn visar andel patienter som fått vänta högst 28 dagar från diagnos till start av behandling vid tjocktarmscancer. Indikatorn är ändrad sedan föregående år och passar nu bättre med hur denna del av ledtiden anges i det standardiserade vårdförloppet för tjocktarmscancer. Det är viktigare att utredning och behandling blir rätt än att det går fort och ingen evidens finns för skillnader i överlevnad på grund av skillnader i väntetid inom ett par veckor för tjocktarmscancer. Men en väntetid på 28 dagar ses av Svenska Kolorektalcancerregistret som mer än tillräcklig för utredning för majoriteten av patienter och att väntetiderna bör hållas nere – bland annat på grund av den oro och det lidande som finns hos patienterna under väntan på behandling [50].

I diagram 14.1 framgår att kring 40 procent bland både kvinnor och män påbörjade behandling inom 28 dagar efter diagnos för åren 2016 och 2017. Det är något högre värden än för 2014 och 2015 men långt ifrån det målvärde på 80 procent som Svenska Kolorektalcancerregistret har angett för måttet. Variationen mellan länen är också påtagligt stor för alla de redovisade åren.

14.1. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Andel patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer.

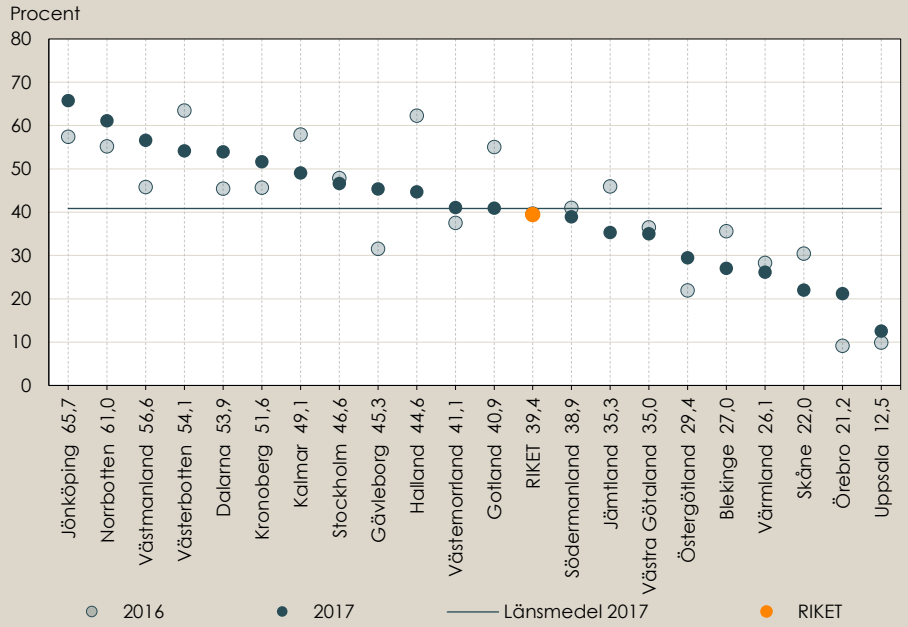


Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Variationen mellan länen framgår också i diagram 14.2. För 2017 var andelen mer än fem gånger högre i länet med högst värde jämfört med det med lägst värde. Ingen skillnad kan ses för rikets värde mellan 2016 och 2017.

14.2. Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer

Andel patienter som väntat 28 dagar eller kortare från diagnos till behandlingsstart vid tjocktarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Sammantaget har nästan 14 000 patienter genomgått undersökning för tjock- och ändtarmscancer i standardiserat vårdförlopp under 2017 och samma år satsade staten 447 miljoner på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården [51].

Om relaterade mått och data

Här redovisas en indikator som ett exempel på väntetider inom cancervården. Olika typer av väntetider och ledtider mäts och publiceras därutöver för olika typer av cancer i de olika kvalitetsregistren.

I samband med framtagandet och införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) för ett antal cancerformer ses även måtten vad gäller väntetider och ledtider över.

15. Kontinuitet och koordinering

Kontinuitet och koordinering av vården är aspekter av effektiv och individanpassad vård men också tillgänglighet, exempelvis har kontinuitet och koordinering lyfts fram när patienter har tillfrågats om vad de ser som tillgänglig vård [29].

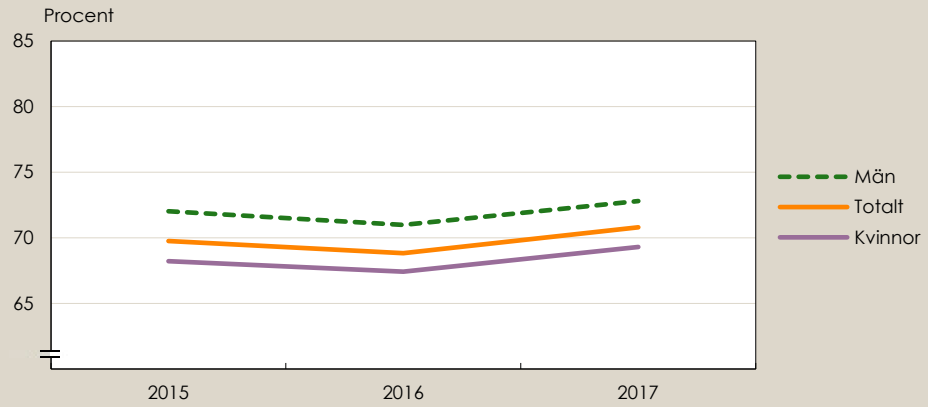
Indikatorn är ett sammansatt mått av frågor från nationell patientenkät (NPE) utformade för att tillsammans fånga patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. De frågor som ingår i indikatorn för primärvårdsmottagningarna är:

- Får du träffa samma läkare/sjuksköterska vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?
- Fick du träffa den läkare/sjuksköterska du ville träffa?
- Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?
- Upplevde du att personalen samarbetade väl?
- Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?

Hittills har indikatorn mätts i primärvården under tre år och för samtliga mätningar har kvinnor i genomsnitt haft ett något lägre värde än män, med en skillnad mellan könen på cirka 4 procentenheter.

15.1 Kontinuitet och koordinering (primärvård)

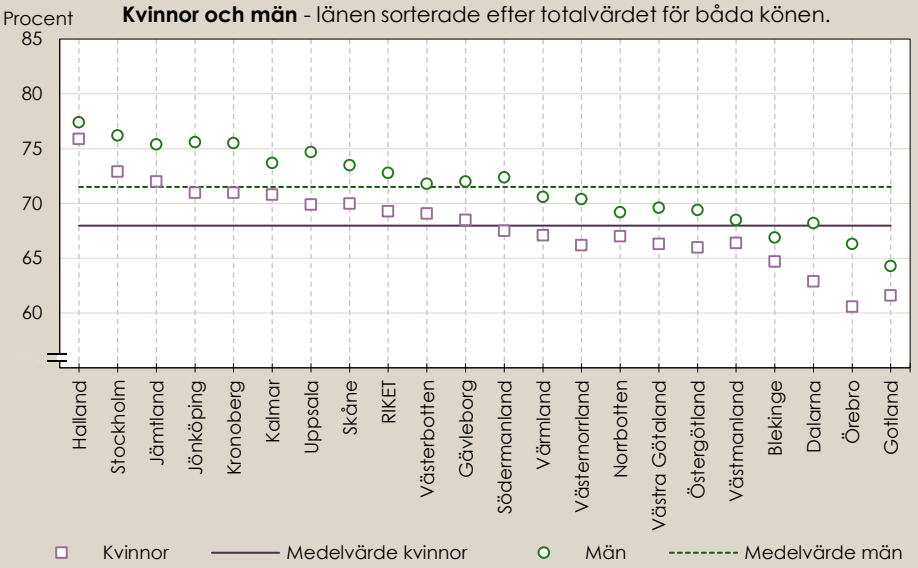
Andel patienter som upplevt kontinuitet och koordinering i sin vård vid besök vid primärvårdsmottagning, andelen baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 15.2 visas resultat för landstingen 2017. Bland de svarande i samtliga landsting upplevde en lägre andel kvinnor än män kontinuitet och koordinering i sin vård. Skillnaden mellan landstinget med högst respektive lägst värde är 13 procentenheter för män och drygt 15 procentenheter för kvinnor.

15.2. Kontinuitet och koordinering (primärvård)
Andel patienter som upplevt kontinuitet och koordinering i sin vård vid besök vid primärvårdsmottagning, andelen baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor, 2017.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

Kontinuitet och koordinering pekas ut som ett förbättringsområde i utredningen *Effektiv vård* och i internationella jämförelser har Sverige också visat svaga resultat i förhållande till andra länder [7, 52, 53]. *The Commonwealth Fund* genomför undersökningen *International Health Policy Survey* (IHP). I undersökningen från 2016 angav den lägsta andelen av de svarande i Sverige, jämfört med övriga länder, att de ofta eller alltid fick hjälp med koordinering av vård av sin ordinarie läkare eller mottagning om de behövde det. Detta trots att detta värde för Sverige har visat en tydlig och kontinuerlig förbättring när resultat från tidigare IHP-undersökningar beaktas [52]. För 2017 avgränsades urvalet i IHP till 65 år och äldre men även här hamnade Sverige tydligt lägst bland de undersökta länderna för denna fråga [53].

Om relaterade mått och data

För att gå vidare med resultatet för dimensionen är ett första steg att titta på resultatet från de frågor som ingår i det sammansatta måttet. Mätningar görs för olika verksamhetsdelar, så som specialiserad öppenvård, standardiserade vårdförlopp, slutenvård och primärvård. Uppgifterna från NPE finns även tillgängliga på enhetsnivå så som kliniker och vårdcentraler på webbplatsen *patientenkat.se*.

16. Delaktighet och involvering

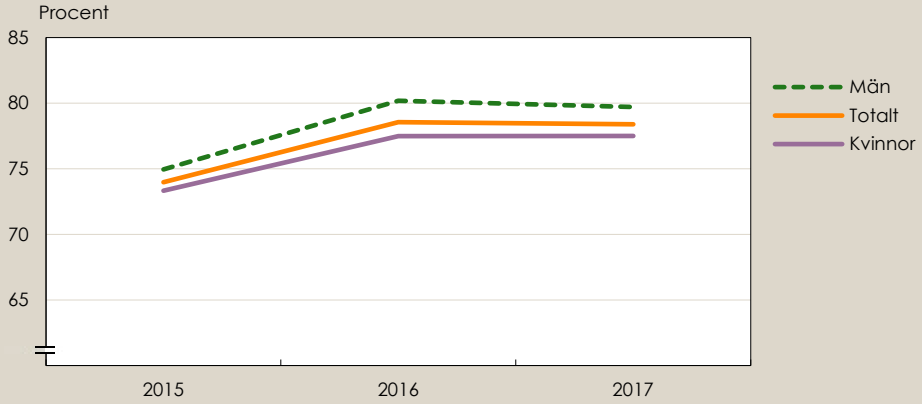
Delaktighet och involvering speglar aspekter av en individanpassad och personcentrerad vård. Möjlighet att vara involverad i processen och beslut om den egna vården är också en aspekt på tillgänglighet. Bland annat har detta lyfts fram när man frågat patienter om vad tillgänglig vård innebär för dem [29]. De frågor som ingår i indikatorn för primärvårdsmottagningarna är:

- Gav vårdpersonalen din familj/närstående den information de önskade?
- Gjorde vårdpersonalen dig delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
- Hade du önskat att du blivit mer delaktig i besluten beträffande din vård/behandling?
- Tog vårdpersonalen hänsyn till dina egna erfarenheter av din sjukdom/ditt hälsotillstånd?

Hittills har indikatorn mätts i primärvården under tre år och för samtliga mätningar har kvinnor i genomsnitt haft ett något lägre värde än män, med en skillnad mellan könen på cirka 2 procentenheter.

16.1. Delaktighet och involvering (primärvård)

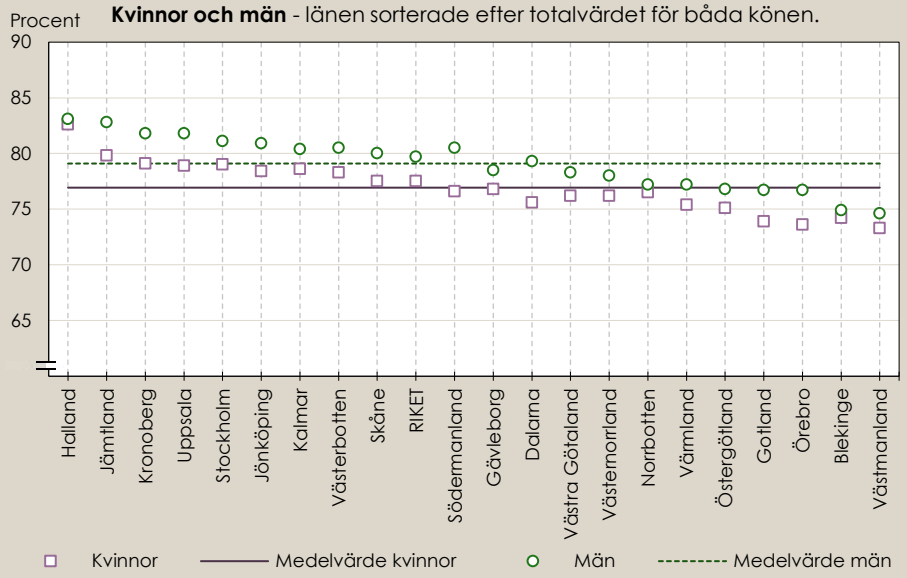
Andel patienter som upplevt sig delaktiga och involverade i sin vård vid besök vid primärvårdsmottagningn, andelen baseras på en sammanvägning av flera



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 16.2 visas resultat för landstingen. I samtliga landsting hade kvinnor ett lägre värde än män. Dock är skillnaden mindre både mellan könen och mellan landstingen än för indikatorn om kontinuitet och koordinering.

16.2. Delaktighet och involvering (primärvård)
Andel patienter som upplevt sig delaktiga och involverade i sin vård vid besök vid primärvårdsmottagningn, andelen baseras på en sammanvägning av flera enkätfrågor, 2017.



Källa: Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting.

I internationella jämförelser har Sverige visat svaga resultat i förhållande till andra länder för olika mått på delaktighet och involvering [52, 53].

Om relaterade mått och data

För att gå vidare är ett första steg att titta på resultatet från de frågor som ingår i det sammansatta måttet. Mätningar görs för olika verksamhetsdelar, så som specialiserad öppenvård, standardiserade vårdförlopp, slutenvård och primärvård. Uppgifterna från NPE finns även tillgängliga på enhetsnivå så som kliniker och vårdcentraler på webbplatsen *patientenkat.se*.

”Hur väl bidrar hälso- och sjukvården till att hålla oss friska?”

Många faktorer på flera olika nivåer i samhället påverkar hälsotillståndet. De flesta faktorer är påverkbara, inte minst via politiska beslut inom till exempel sysselsättnings- och utbildningspolitik, medan andra handlar om förändringar i levnadsvanor som exempelvis rökning eller motionsvanor. Faktorer på samhälls- och strukturnivå, så som gynnsamma förutsättningar och stödjande miljöer, påverkar individens val som i sin tur har stor betydelse för hälsan. I många fall kan hälso- och sjukvården även bidra till områden som inte är dess direkta ansvar, till exempel genom samverkan och kunskapsspridning. Under Agenda 2030 mål 3 *Hälsa och välbefinnande* specificeras vikten av förebyggande arbete under delmål 3.4 genom att det ska minska antalet förtida dödsfall av icke smittsamma sjukdomar med en tredjedel och främja psykisk hälsa och välbefinnande [3].

Den här rapporten fokuserar på hälso- och sjukvårdens kärnverksamhet och här redovisas indikatorer som rör hälsoinriktad hälso- och sjukvård. Flera av indikatorerna rör levnadsvanor för personer som redan har en sjukdom för att de inte ska bli sämre eller återinsjukna. Här finns även insatser inom till exempel mödra- och barnhälsovård som syftar till att förebygga sjukdomar och främja hälsan bland personer utan pågående sjukdom. Under 2018 har Socialstyrelsen uppdaterat riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor [54].

Hälsoinriktad hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) portalparagraf säger att hälso- och sjukvården ska verka för en god hälsa och för en vård på lika villkor för alla och att hälso- och sjukvården ska arbeta sjukdomsförebyggande. Världshälsoorganisationen (WHO) har tagit fram en modell för en hälsoinriktad hälso- och sjukvård som innefattar fyra övergripande dimensioner. Förutom att främja en positiv hälsoutveckling hos individer/patienter och en jämlik hälsoutveckling i befolkningen ingår bland annat att öka personalens förutsättningar att arbeta hälsoinriktat och att verka strategiskt för en hälsoorientering. Hälsoinriktad hälso- och sjukvård omfattar bland annat de centrala begreppen *hälsofrämjande* respektive *sjukdomsförebyggande* som ofta nämns tillsammans. Mer information om området finns i en särskild öppen jämförelse om hälsoinriktad hälso- och sjukvård samt i Socialstyrelsens utvärderingar och riktlinjer kring sjukdomsförebyggande metoder och levnadsvanor.

17. Tobaksvanor under graviditet

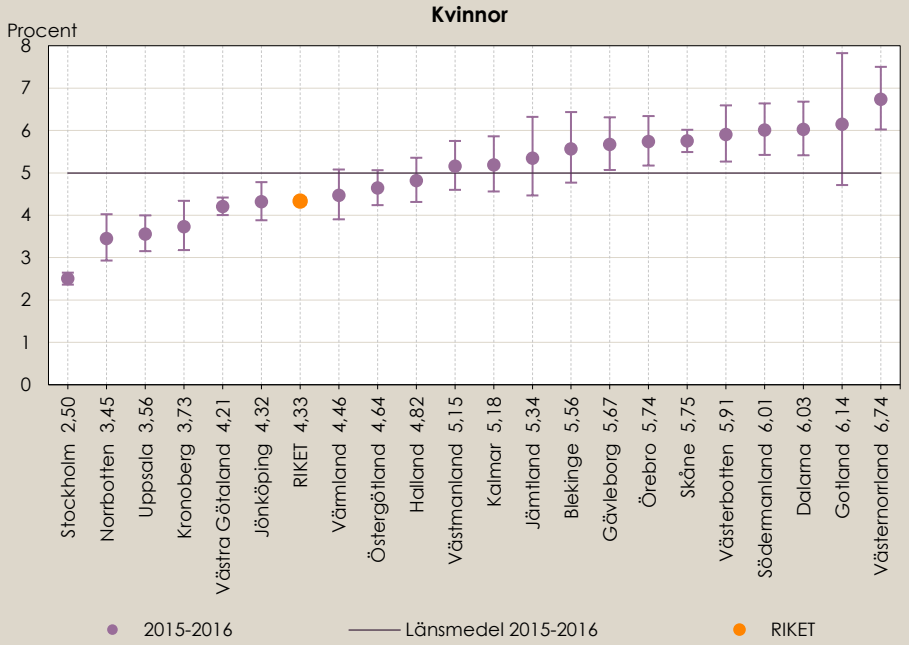
Rökning är den enskilt största förebyggbara riskfaktorn för sjukdom och tidig död. Beläggen för tobakens skadeverkningar under graviditet har stärkts. Flera vetenskapliga studier har visat att rökning ökar riskerna för missfall, för tidig förlossning, minskad fostertillväxt, moderkaksavlossning, fosterdöd och plötslig spädbarnsdöd. Omfattningen av rökning står i direkt proportion till riskerna för fostret och de flesta av tobaksrökens ämnen passerar över till fostret. Därtill bidrar nikotinet i tobaken till ett sämre blodflöde i livmodern och moderkakan. Så fort kvinnan slutar röka kommer det fostret till godo. Hälsoeffekterna av snusning är inte lika utforskade [55].

Gravida kvinnors tobaksvanor registreras vid inskrivning till mödrahälsovård i tidig graviditet, vilket oftast sker i graviditetsvecka 8–12 samt cirka två månader före beräknad förlossning, i vecka 30–32.

Jämförelsen visar andelen kvinnor som rökte eller snusade vid graviditetsvecka 30–32 åren 2015–2016. Andelen för länen varierade mellan 2,5 och 6,7 procent med ett riksgenomsnitt på 4,3 procent.

17.1. Tobaksvanor under graviditet

Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet. Åldersstandardiserade värden.

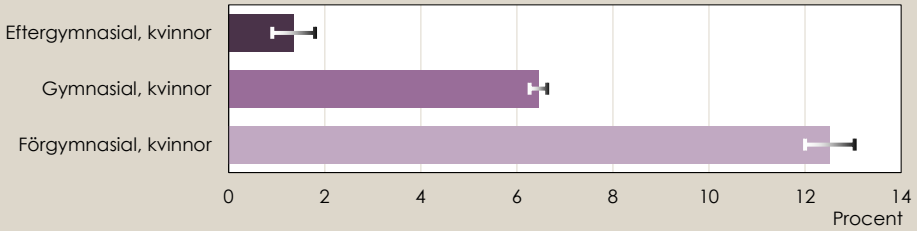


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn uppdelad på utbildningsnivå visar att det är stora skillnader i andelen som röker eller snusar mellan kvinnor med endast förgymnasial utbildning och kvinnor med eftergymnasial utbildning. Andelen kvinnor med eftergymnasial utbildning som röker eller snusar vid vecka 30–32 av graviditeten är 1,4 procent. Bland kvinnor med endast förgymnasial utbildning är andelen 12,5 procent.

17.2. Tobaksvanor under graviditet

Andel kvinnor som röker eller snusar vid 30-32 veckors graviditet, 30 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2015–2016.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

I de nationella riktlinjerna kring ohälsosamma levnadsvanor från 2018 ges erbjudande om *rådgivande samtal* till gravida som röker prioritet 1 och till dem som snusar prioritet 3 på en 10 gradig prioriteringsskala [54].

En av målsättningarna, för mål 3 *God hälsa och välbefinnande*, i Agenda 2030 är att stärka implementeringen av ramverket för tobakskontroll [3].

18. MPR-vaccination av barn

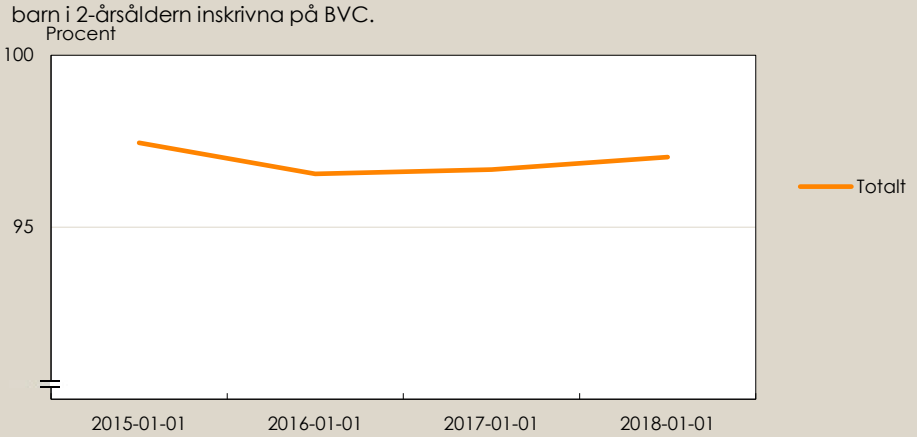
Mässling, påssjuka och röda hund var tidigare vanliga barnsjukdomar som orsakades av tre olika virus. Att insjukna i någon av sjukdomarna är vanligtvis ofarligt men det kan i vissa fall ge allvarliga komplikationer, som även kan leda till död. Allvarliga biverkningar av MPR-vaccination är ovanligt, och fördelarna med allmänna vaccinationsprogram på gruppnivå överstiger riskerna [56].

Sedan 1982 ingår MPR-vaccin i det allmänna vaccinationsprogrammet i Sverige och erbjuds till barn vid 18 månaders respektive vid 6–8 års ålder [57]. Barnhälsovården rapporterar årligen uppgifter om vaccinationsstatus bland inskrivna tvååringar till Folkhälsomyndigheten.

Mellan januari 2015 och 2016 minskade andelen barn som vaccinerats mot mässlingen, påssjukan och röda hund med nästan en procentenhet ned till 96,6 procent. För de två senaste mätperioderna har minskningen inte fortsatt och i januari 2018 var andelen 97,0 procent.

18.1. Vaccination av barn (MPR)

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Avser en årskull barn i 2-årsåldern inskrivna på BVC.

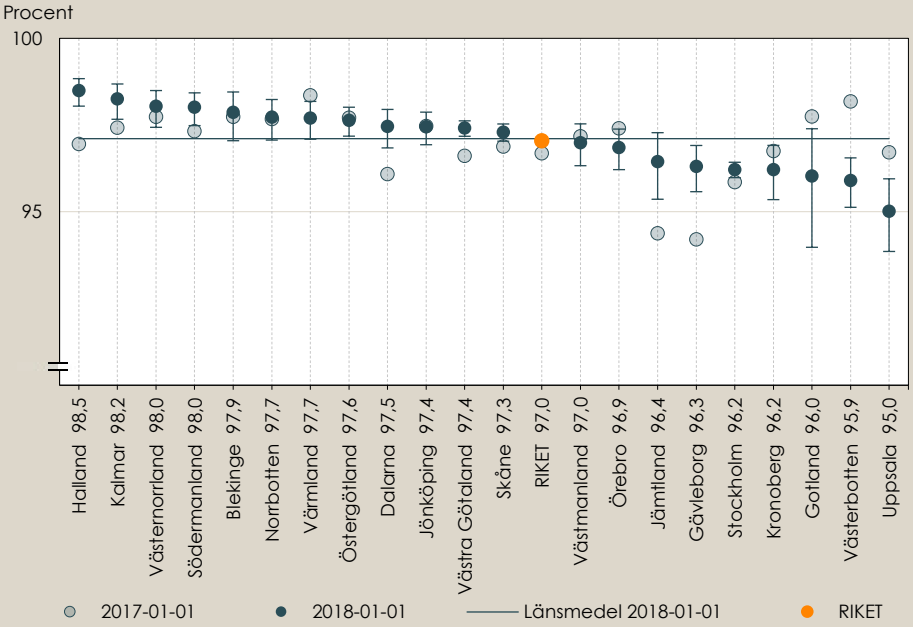


Källa: Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

Det finns skillnader mellan länen gällande vaccinationstäckningen. Andelen barn som vaccinerats varierar mellan 98,5 till 95,0 procent.

18.2. Vaccination av barn (MPR)

Andel barn som vaccinerats mot mässling, påssjuka och röda hund. Avser en årskull barn i 2-årsåldern inskrivna på BVC.



Källa: Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten.

För att sjukdomarna inte åter ska få fäste krävs att 95 procent av befolkningen är immun, antingen genom vaccination eller som en följd av genomgången naturlig infektion. Det finns dock grupper av föräldrar som väljer att inte vaccinera sina barn, och vaccinationstäckningen har i några kommuner ibland sjunkit till under 90 procent. Därför kan det uppstå lokala utbrott av i synnerhet mässling [57]. Ett delmål gällande hälsa i Agenda 2030 är att vaccin ska finnas tillgängligt [3].

Om relaterade mått och data

Folkhälsomyndigheten och Läkemedelsverket publicerar flera uppgifter om barnvaccinationsprogrammet däribland vaccinationstäckning över tid och vaccinationstäckning för HPV-vaccin [57].

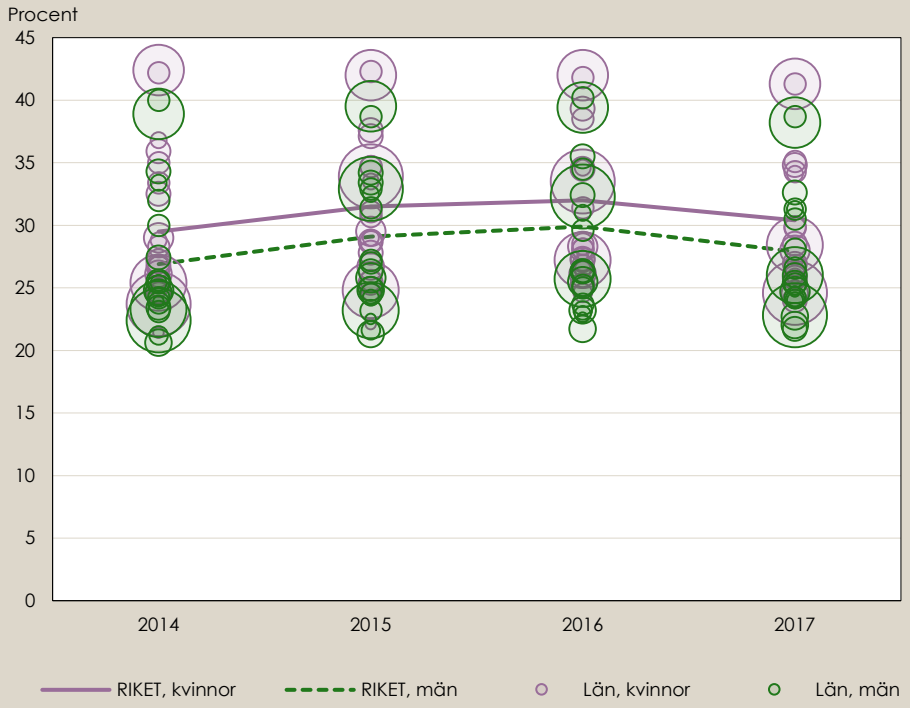
19. Fysisk inaktivitet vid diabetes

I kvalitetsregistret Nationella diabetesregistret (NDR) registreras en uppgift om fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad indelad i fem aktivitetsgrupper, från *aldrig* till *dagligen*. Uppgiften baseras inte på patientenkät utan fångas upp genom att vårdgivaren anger det svarsalternativ som passar bäst efter samtal med eller på basis av kunskap om patienten. Uppgiften kan därmed ses som en skattning som påverkas av både patientens och vårdgivarens definition av fysisk aktivitet.

Indikatorn visar andelen patienter som är fysiskt inaktiva bland dem som det finns uppgift om. Att vara fysiskt inaktiv innebär här att man aldrig eller mindre än en gång i veckan utövar fysisk aktivitet motsvarande 30 minuters promenad. Andelen fysiskt inaktiva patienter uppgick i riket som helhet till 29 procent 2017 och det är en något större andel kvinnor än män som är fysiskt inaktiva, drygt 30 jämfört med 28 procent för 2017.

19.1. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetstyper)

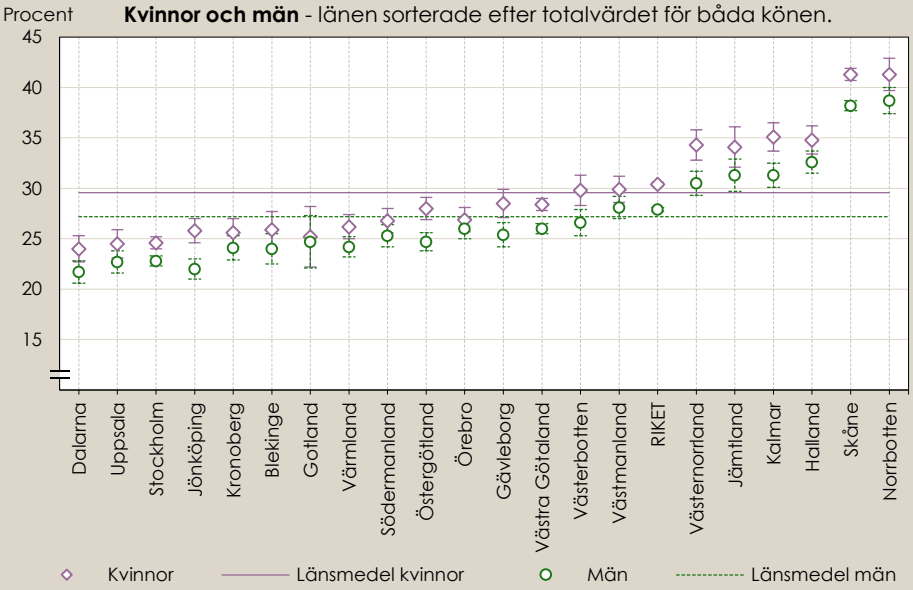
Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

I samtliga län bedöms kvinnor i högre grad än män som fysiskt inaktiva. Trots det konsekventa mönstret för könen inom respektive län är variationen mellan länen större – för kvinnorna varierar resultaten på länsnivå från 24 till drygt 41 procent och bland män från knappt 22 till nära 39 procent.

19.2. Fysisk inaktivitet vid diabetes (alla diabetstyper)
Andel personer med diabetes som är fysiskt inaktiva, alla typer av diabetes 18 år eller äldre, 2017.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

Personer med diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde och minska sin risk för komplikationer genom att kombinera fysisk aktivitet med bra kost. Fysisk aktivitet är en central del av diabetesbehandlingen och det är därför viktigt att vården ger stöd till patienten. I de nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor från 2018 ges erbjudande om *rådgivande samtal* till personer med diabetes och som är otillräckligt fysiskt aktiva prioritet 2 på en 10-gradig skala. Det *rådgivande samtalet* kan kompletteras med skriftlig ordination av fysisk aktivitet eller stegräknare. Även *kvalificerat rådgivande samtal* och *webbaserad intervention* finns med som rekommenderade åtgärder. Det är viktigt att utformningen och val av åtgärd individanpassas [54].

Om relaterade mått och data

Motsvarande indikatorer redovisas, exempelvis på NDR:s webbplats; med uppdelning på primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) och personer med diabetes typ 1 på medicinklinik.

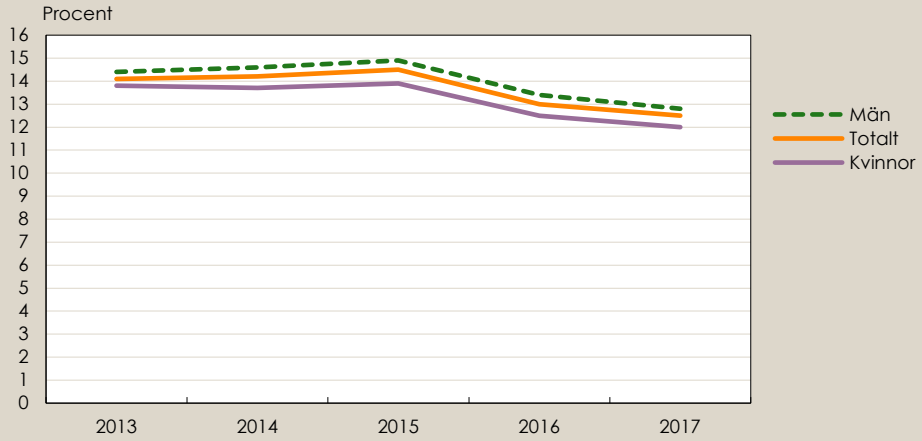
20. Rökning vid diabetes

I de nationella riktlinjerna för diabetesvård är stöd till rökstopp en av de högst rekommenderade åtgärderna. Målnivån, som är satt utifrån andel personer med diabetes som är icke-rökare, ligger på 95 procent för både typ 1- och typ 2-diabetes vilket motsvarar 5 procent för indikatorn som visas här och som går att följa på NDR:s webbplats [58]. I NDR finns det möjlighet att följa andelen rökare bland diabetespatienter, genom självrapporterade data. Däremot saknas kompletterande uppgifter om rökavvänjning eller eventuellt rökstopp.

Totalt 12,5 procent av personerna med diabetes var rökare 2017. Det är en viss minskning jämfört med tidigare år. En något större andel av män än kvinnor med diabetes är rökare – 12,8 procent bland män och 12,0 procent bland kvinnor. I avsnittet *Bakgrundsfaktorer* framgår att andelen som röker dagligen i befolkningen i stort uppmäts till drygt 7 procent för 2018.

20.1. Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)

Andel personer med diabetes som röker, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

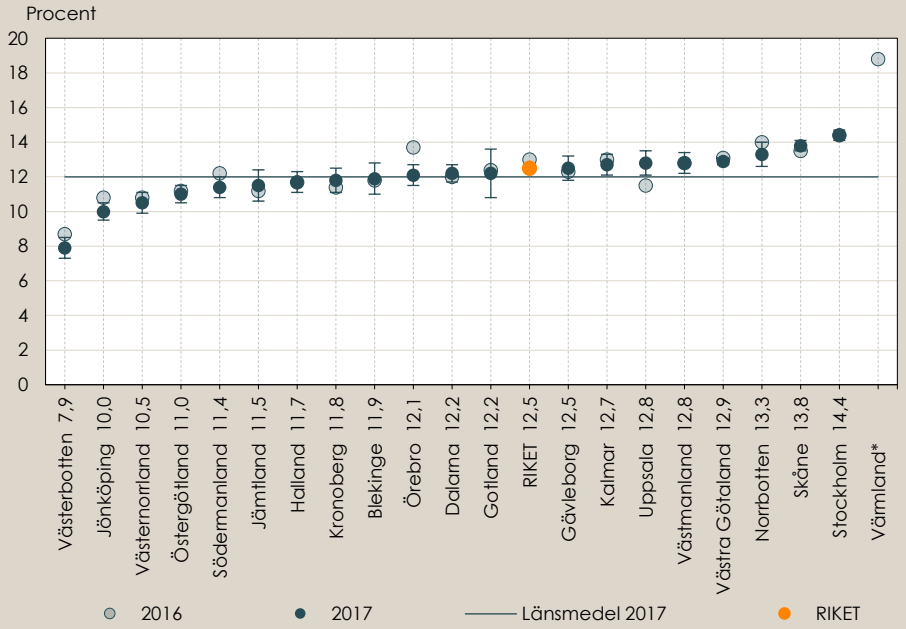
I länet med lägst andel rökare vid diabetes röker knappt 8 procent. I länet med högst andel röker drygt 14 procent av personerna med diabetes 2017.

Nationell målnivå

För indikatorn *icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

För *indikatorn icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes* har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

20.2. Rökning vid diabetes (alla diabetestyper)
Andel personer med diabetes som röker, alla typer av diabetes 18 år eller äldre.



* Redovisas ej på grund av avvikande rapportering 2017

Källa: Nationella Diabetesregistret.

I de nationella riktlinjerna kring ohälsosamma levnadsvanor från 2018 ges erbjudande om *kvalificerat rådgivande samtal* till personer med diabetes och som röker dagligen högsta prioritet. Det finns även rekommendationer om nikotinersättningsmedel och andra läkemedel för rökavvänjning [54]. Även om alla landsting ligger långt ifrån en andel rökare på 5 procent eller lägre anser Socialstyrelsen att målet om 95 procents rökfrihet, bland både personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes, vara realistisk på sikt [58].

Om relaterade mått och data

Motsvarande indikatorer redovisas regelbundet med uppdelning på primärvård (i huvudsak typ 2-diabetes) samt för personer med diabetes typ 1 på medicinklinik, bland annat i *Vården i siffror*. Rökning i befolkningen följs även via Agenda 2030.

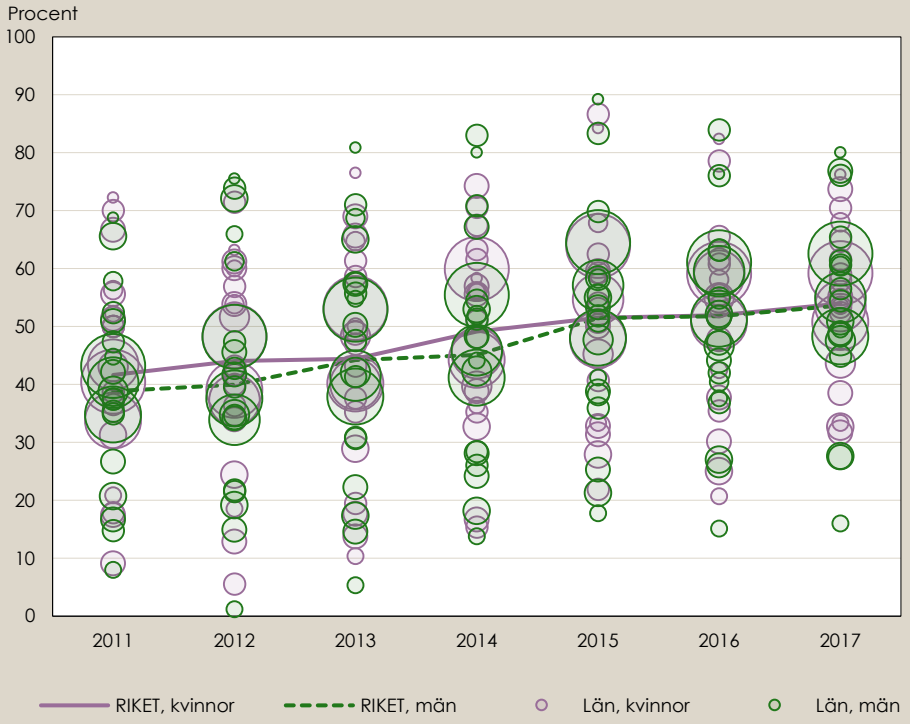
21. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

Personer som haft hjärtinfarkt löper högre risk att få en ny infarkt eller annan hjärt-kärlsjukdom, och ett av flera sätt att förebygga ny sjukdom är fysisk träning. Strukturerad fysisk träning kan minska risken att återinsjukna eller dö med 20 procent [59]. För sekundärprevention vid ischemisk hjärtsjukdom har fysisk träning med tillräckligt hög intensitet visat sig vara effektivt. Indikatorn avser andel patienter yngre än 75 år som deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter en hjärtinfarkt.

För riket ligger andelen patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 2017 på knappt 54 procent. Patientgruppen består till störst del av män och för de senaste mätperioderna syns ingen skillnad mellan män och kvinnor.

21.1. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

Andel patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



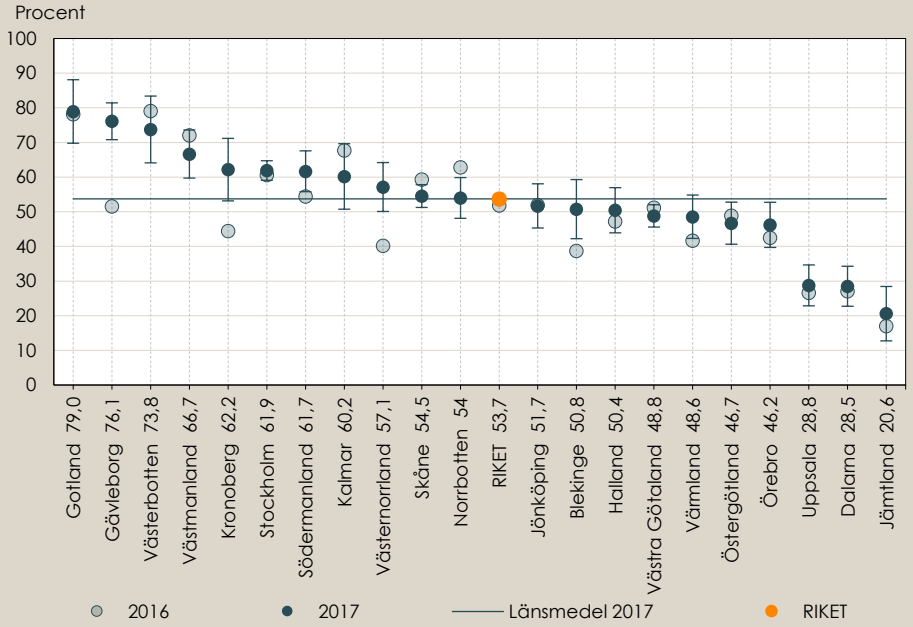
Källa: Swedeheart - SEPHIA.

Det är stora skillnader i andelen patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12–14 månader efter hjärtinfarkt i olika län. Andelen som deltagit i fysiskt träningsprogram varierar från knappt 21 procent till 79 procent mellan länen.

Indikatorn fångar träningsprogram kopplad till specialiserad hjärtsjukvård, fysisk träning för hjärtrehabilitering kan också förekomma inom primärvården. Detta kan möjligen förklara en del av den stora variationen mellan länen, dock är det så att den forskning som studerats och visat på god effekt just bygger på träning inom specialiserad vård medan studier på träningsprogram inom primärvården är mindre förekommande. Trängningsprogram inom primärvården för patientgruppen skulle exempelvis kunna innebära en ökad risk jämfört med inom specialiserad vård. Uppgiften i 12–14 månadsuppföljningen fångas via fråga till patienten eller genom hälso- och sjukvårdspersonalens notering, vilket kan innebära en variation i hur resultatet fångas och rapporteras som kan påverka värdena.

22.2. Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt

Andel patienter som erbjudits och deltagit i fysiskt träningsprogram 12-14 månader efter hjärtinfarkt. Avser patienter yngre än 75 år.



Källa: Swedeheart - SEPHIA.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård har fysisk träning hög prioritet och det finns starkt stöd för att träning har en positiv påverkan på samtliga riskfaktorer för hjärtsjukdom [60]. För indikatorn har kvalitetsregistret Swedeheart satt en lägre målnivå från 50 procent och en högre målnivå på 60 procent eller mer. För den tidigare uppföljningen inom 6–10 veckor har Socialstyrelsen fastställt den nationella målnivån till 60 procent eller mer [61].

Swedeheart ändrar åldersavgränsningen för indikatorn under 2019 till att framöver redovisa patienter yngre än 80 år istället för 75 år.

Om relaterade mått och data

Indikatorn som redovisas här ingår som en del av ett kombinerat mått för den sekundärpreventiva vården som kvalitetsregistret Swedeheart publicerar på sjukhusnivå. Det kombinerade måttet visar andel patienter som nått de fyra mål för sekundärprevention som registret har bedömt vara viktigast: rökfrihet för rökare, deltagande i fysiskt aktivitetsprogram, systoliskt blodtryck lägre än 140 mmHg samt LDL-kolesterol lägre än 1,8 mmol/l.

22. Fallskador bland äldre

Fallolyckor är vanliga bland äldre personer och kan orsaka skador, förlorad självständighet, försämrad livskvalitet och dödsfall. Fallrisken ökar med stigande ålder, bland annat på grund av muskelsvaghet, syn- och hörselnedsättning, försämrad balans och gångförmåga samt sjukdom och medicinering. Samhällets kostnader för fallskador är omfattande.

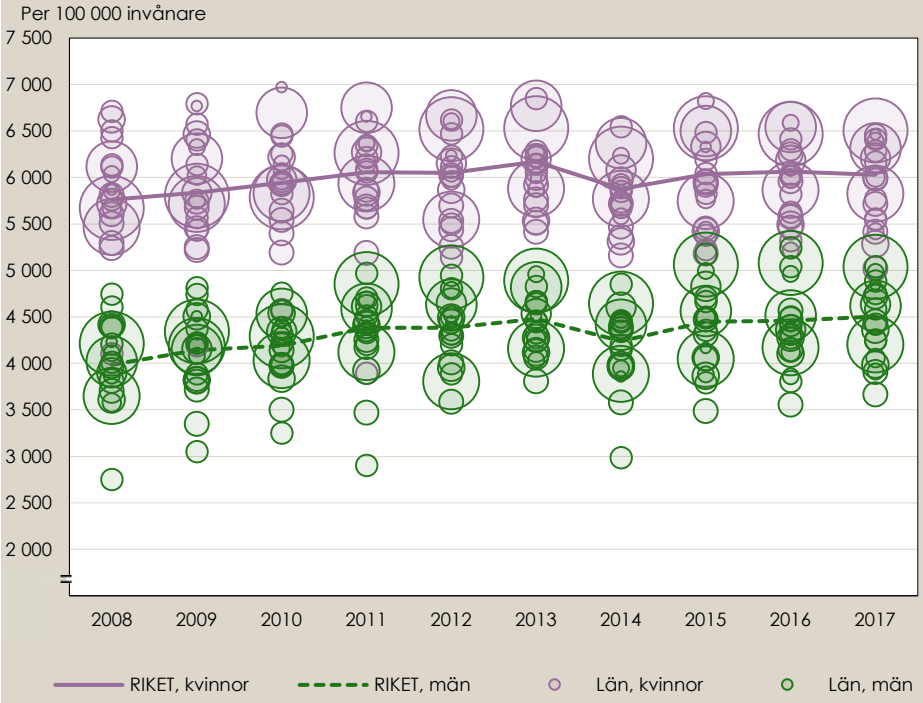
Fall utgör också en betydande del av måttet förlorade funktionsjusterade levnadsår (DALY – *disability adjusted life years*) i Sverige. Enligt *The Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) är fallskador den sjunde största orsaken bakom hälsoproblem i Sverige. I en global jämförelse framgår att Sverige ligger genomsnittligt jämfört med andra länder gällande fallskador [22].

Indikatorn visar, efter åldersstandardisering, antalet vårdtillfällen eller läkarbesök i specialiserad vård till följd av fallolyckor per 100 000 invånare bland personer som är 65 år och äldre. En felkälla för jämförelsen kan vara bristande och varierande registrering av skadeorsaker, både över tid och mellan länen.

Totalt sett vårdades nästan 5 400 personer per 100 000 invånare 65 år och äldre för en fallskada 2017. Betydligt fler kvinnor än män vårdades för fallskada, drygt 6 000 jämfört med 4 500 per 100 000. Värdet visar ingen förbättring över tioårsperioden i diagram 22.1.

22.1. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i sluten vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

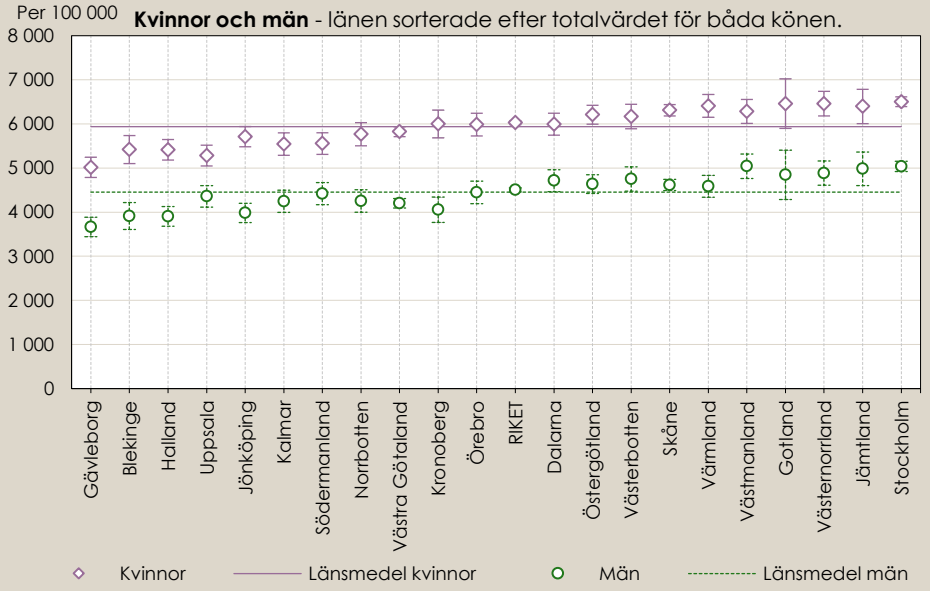
”Ett fall för teamet” – webbutbildning

Socialstyrelsen tillhandahåller en webbutbildning om att förebygga fallolyckor som riktar sig till dem som jobbar inom hälso- och sjukvård och social omsorg. Utbildningen nås via Socialstyrelsens webbplats: ***www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/stodochutbildning***

För kvinnor varierar värdena mellan länen från 5 200 till 6 500 per 100 000 invånare 65 år och äldre och för män från knappt 3 700 till drygt 5 000.

22.2. Fallskador bland äldre

Antal personer som vårdats för fallskador i sluten vård eller vid läkarbesök i specialiserad öppen vård per 100 000 invånare 65 år och äldre. Åldersstandardiserade värden, 2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Fallolyckor går att förebygga; inte minst fysisk träning minskar effektivt risken för både fall och frakturer hos äldre. Bland annat lyfte Socialstyrelsens kampanj – *Balansera mera* – kost, motion och läkemedel [62]. Socialstyrelsen skärpte 2014 rekommendationen i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar som avser fallpreventiva åtgärder i hemmet [18]. Vissa typer av läkemedel utgör dessutom en ökad risk för fallolyckor [63].

En rad insatser har visat sig vara framgångsrika när det gäller att skydda enskilda individer från att falla och skada sig. Exempel på skadeförebyggande åtgärder är fysisk aktivitet och balansträning, omgivningsanpassning, snöröjning och sandning vintertid, bra utomhusbelysning, behandling av benskörhet, regelbundna läkemedelsgenomgångar och synundersökningar. Socialstyrelsen har tagit fram en utbildning i fallolyckor som vänder sig till vård- och omsorgspersonal [64]. Flera av dessa åtgärder förutsätter ett samarbete mellan kommun och landsting.

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg* om äldre redovisas följande indikatorer och mått som kan relateras till indikatorn: *Åtgärder vid risk för fall, Riskförebyggande åtgärder vid risk för fall, undernäring, trycksår och nedsatt munhälsa* och *Fallskador bland personer 80 år och äldre*.

”Hur är kvaliteten i hälso- och sjukvården vi får?”

Patientsäker, individanpassad, kunskapsbaserad och tillgänglig vård är delar av god kvalitet. De flesta indikatorer som redovisas under detta område är resultatmått på övergripande nivå i förhållande till de mer verksamhetsnära prestationer och processer som bidragit till resultatet. Kvaliteten i systemet utgörs av de strukturer, processer och prestationer inom hälso- och sjukvården som bidrar till kvaliteten i det övergripande resultatet i form av utfall och måluppfyllelse. Resultatindikatorerna kan ses som sammansatta mått på samtliga faktorer som bidragit till resultatet. Resultaten påverkas både av kvaliteteten i systemet och av bakgrundsfaktorer som är svåra att påverka inom hälso- och sjukvården. Resultaten varierar även på grund av slumpmässiga faktorer.

23. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

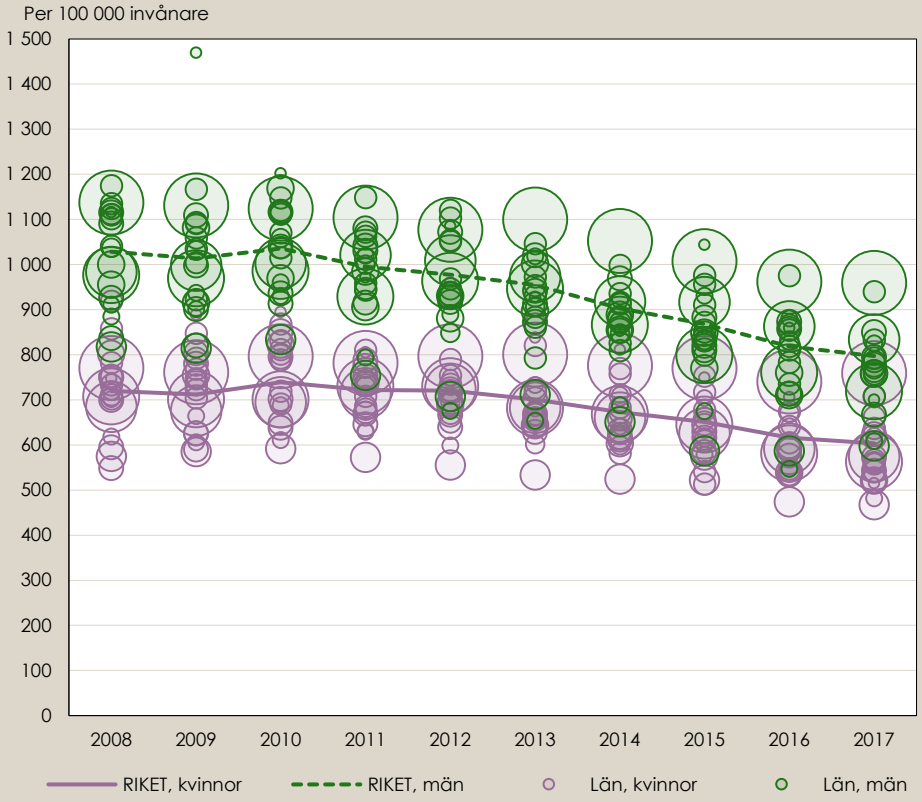
Behovet av slutenvård kan påverkas om patienter med vissa sjukdomstillstånd eller diagnoser får ett optimalt omhändertagande och stöd via den öppna vården och hemsjukvården. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår i indikatorn kan i de flesta fall behandlas effektivt i primärvården eller i öppen specialiserad vård. Genom förebyggande insatser, kontinuerlig uppföljning av behandling, rehabilitering med mera kan en del, dock inte alla, inskrivningar i sluten vård undvikas. Exempelvis kan samsjuklighet hos äldre personer innebära att inskrivning i sluten vård är nödvändig och svårare att förebygga.

När det gäller primärvård avses här inte enbart den del som landstingen ansvarar för utan även kommunal hälso- och sjukvård. Exempelvis har Socialstyrelsen noterat att kommunerna kan förbättra diabetesvården genom bland annat höjd utbildningsnivå bland personalen och kontinuerliga riskbedömningar av individer inom socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens utvärdering av vård vid Astma och KOL visar också att det saknas kännedom om de nationella riktlinjerna inom den kommunala hemsjukvården som möter många patienter med Astma och KOL [65].

Indikatorn visar antalet slutenvårdsperioder vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre, värdena är åldersstandardiserade. Antalet sådana slutenvårdsperioder 2017 var totalt 686 per 100 000 invånare i hela riket, vilket är nedgång med 16 jämfört med 2016. En förbättring kan ses för båda könen under de sju senaste åren. Generellt sett vårdas män inom slutenvården i högre utsträckning än kvinnor för de diagnoser som ingår i måttet. För riket 2017 var värdet för män 827 och för kvinnor 623.

23.1. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL

Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

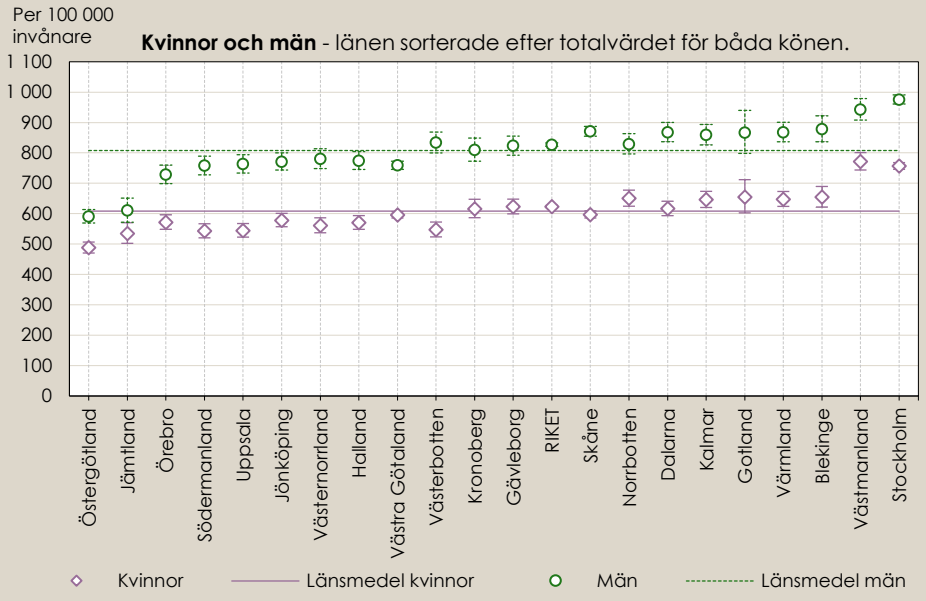


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I jämförelsen mellan länen i diagram 23.2 används treårsvården. Variationen mellan länen är stor. För män varierar värdena mellan 591 upp till 976 slutenvårdsperioder per 100 000 invånare, 2015–2017. För kvinnor varierar värdena mellan drygt 488 upp till 772.

De iakttagna skillnaderna kan utöver sjukvårdens insatser vid de aktuella diagnoserna bland annat bero på variation av förekomsten av dessa sjukdomar mellan län och utbildningsgrupper.

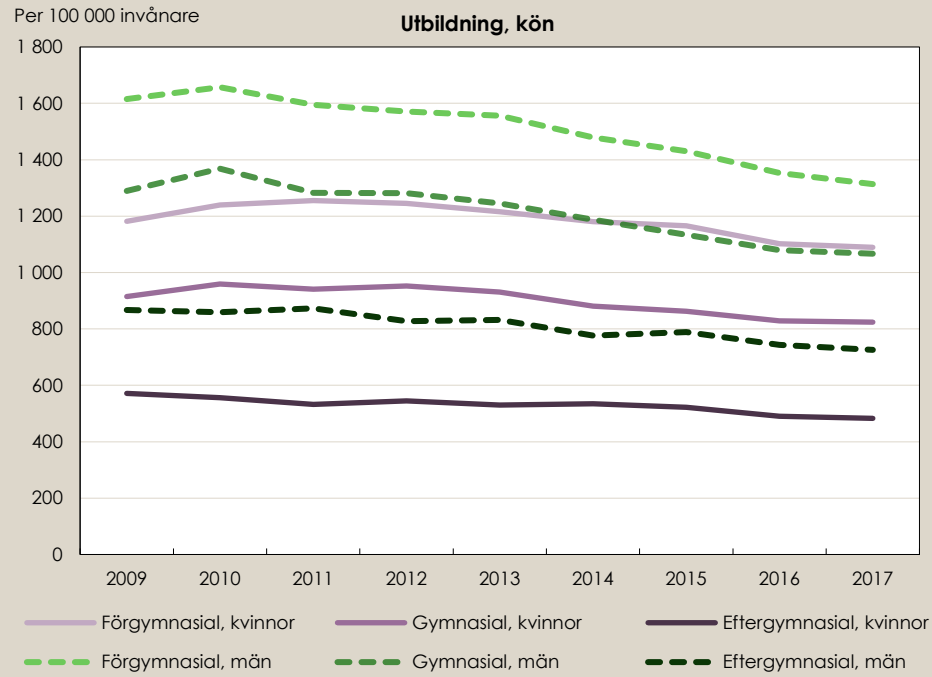
23.2. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL
Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2015-2017.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Jämförelsen mellan utbildningsgrupper avgränsas till 35 år eller äldre. För samtliga utbildningsgrupper slutenvårdas män mer för dessa kroniska sjukdomar. Utbildningsgradienten är tydlig för respektive kön på så vis att de med kortare utbildning har högre värden för indikatorn.

23.3. Påverkbar slutenvård vid hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL
Antal slutenvårdsperioder med diagnos för hjärtsvikt, diabetes, astma eller KOL per 100 000 invånare 35 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

I en internationell kontext är Sveriges senaste rapporterade värde, som avser 2015, bättre än medlet för länderna i OECD när det gäller påverkbar slutenvård vid KOL, astma och diabetes. Sverige hade dock ett något svagare resultat för hjärtsvikt.

Skillnaderna mellan länder kan utöver skillnader i sjukvårdens insatser bero på sjukdomsförekomst eller på den övergripande tillgången till hälso- och sjukvård. Mättekniska felkällor vid internationella jämförelser kan dessutom vara bristande täckningsgrad för data och att transfereringar mellan sjukhus inte till fullo kan identifieras och rensas bort [66].

Om relaterade mått och data

Måttet som ingår i den här jämförelsen finns även uppdelat för de olika sjukdomarna som ingår. Flera processindikatorer finns publicerade i Socialstyrelsens utvärderingar av vård vid diabetes, hjärtsjukdom samt astma och KOL.

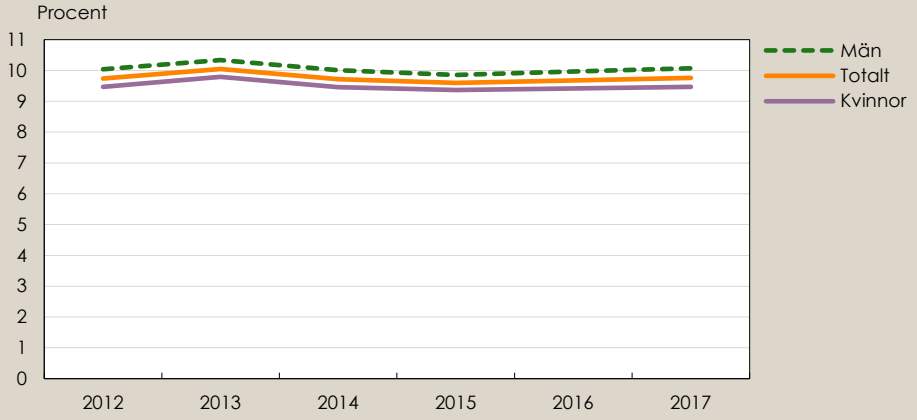
24. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

För gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att dessa diagnoser bör ha kunnat förebyggas vid vårdtillfälle ett eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser [67].

I diagram 24.1 framgår att 9,5 procent av patienterna fick en oplanerad återinskrivning inom 30 dagar 2017, efter vård vid de diagnoser som avgränsas av indikatorn. Nivån är i stort sett oförändrad mellan åren. Även om skillnaden mellan könen är mindre än en procentenhet är den tydlig och konsekvent över hela mätperioden.

24.1. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre.

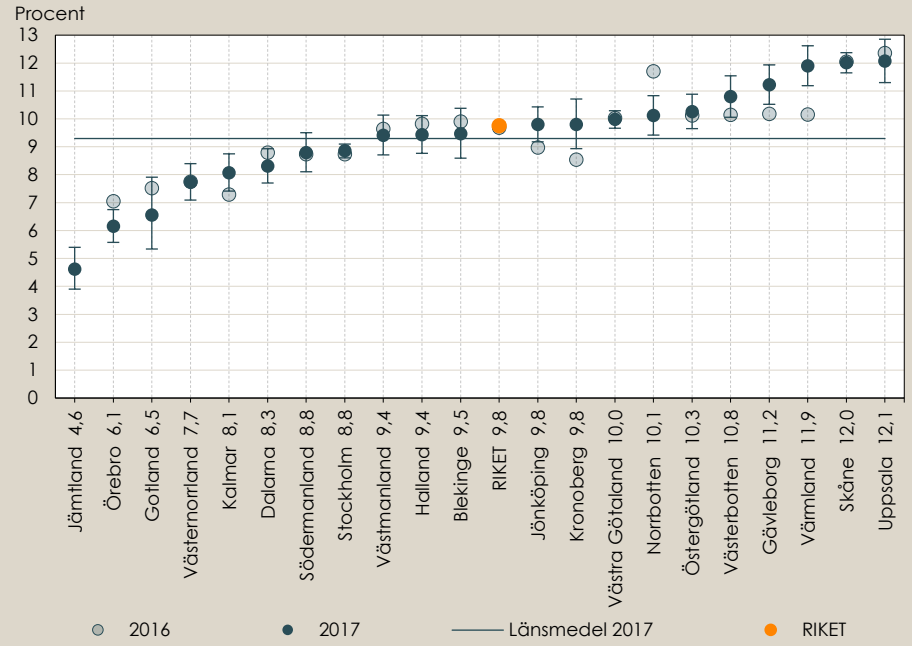


Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan länen 2017 är stor från 4,6 till 12,1 procent. En felkälla vid jämförelsen kan vara att kategoriseringen av vårdtillfällen som planerade eller oplanerade kan skilja mellan länen.

24.2. Oplanerade återinskrivningar bland äldre

Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar vid utvalda diagnoser för patienter 65 år och äldre.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från slutenvård, eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Dessutom kan indikatorn påverkas av tillgängliga resurser i primärvård och socialtjänst. Även tillgänglig kompetens, exempelvis gällande demens, i socialtjänsten och primärvården kan påverka indikatorn.

Om relaterade mått och data

Det finns en rad olika varianter av indikatorer gällande återinskrivningar. Exempelvis finns varianter som ska belysa vissa grupper, så som *Återinskrivningar inom 28 dagar vid bipolär sjukdom*.

25. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga blodsockerkontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla diabeteskomplikationer. HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur en blodsockersänkande behandling lyckas. En god kontroll över blodsockernivån är avgörande för att minska risken för komplikationer hos personer med diabetes av typ 1 och typ 2. Ett högt HbA1c-värde innebär en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer, och indikatorn ska synliggöra högriskgruppen med ett värde över 70 mmol/mol. Denna grupp bör enligt Socialstyrelsens riktlinjer ges, och

uppmuntras till, extra insatser som kan minska HbA1c-värdet, vilket i sin tur kan ge markanta förbättringar av prognosen och bidra till bättre hälsa och livskvalitet. Täckningsgraden för denna variabel är hög i det nationella diabetesregistret (NDR), med små skillnader mellan landstingen [68].

Nationell målnivå

För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 10 procent.

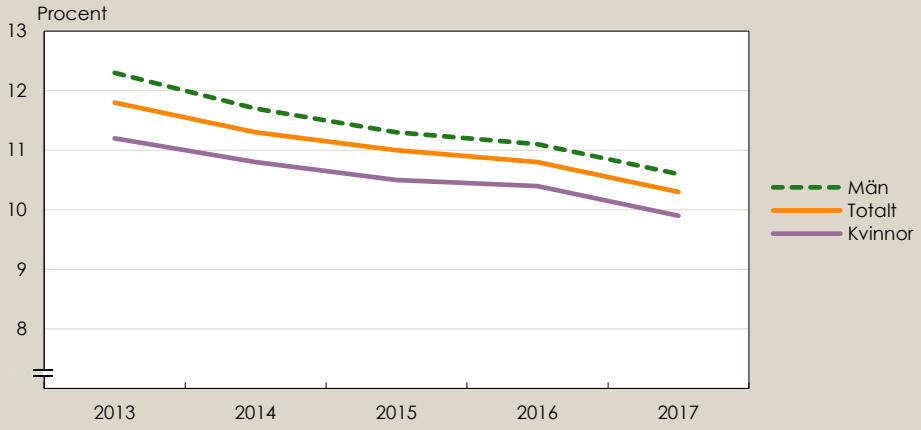
(För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ-1 diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 20 procent.)

I indikatorn ingår personer med typ 2-diabetes. Även motsvarande uppgifter för personer med typ1-diabetes publiceras kontinuerligt på exempelvis via NDR:s webbplats. Socialstyrelsens nationella målnivåer är satta för respektive typ av diabetes och därför slås de inte heller samman i denna redovisning, där värdet för diabetes typ 2 har valts som indikator eftersom den rör fler patienter och en större del av verksamheten. Socialstyrelsens målnivå för indikatorn som avser typ-2 diabetes är 10 procent eller lägre [69].

För 2017 var andelen i riket 10,3 procent. Andelen bland kvinnor har minskat under mätperioden och når för 2017 för första gången precis ner till målnivån, med ett värde på 9,9 procent. Även bland männen har indikatorn förbättrats men har ännu inte nått målnivån, med en andel på 10,6 procent för 2017.

25.1. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)

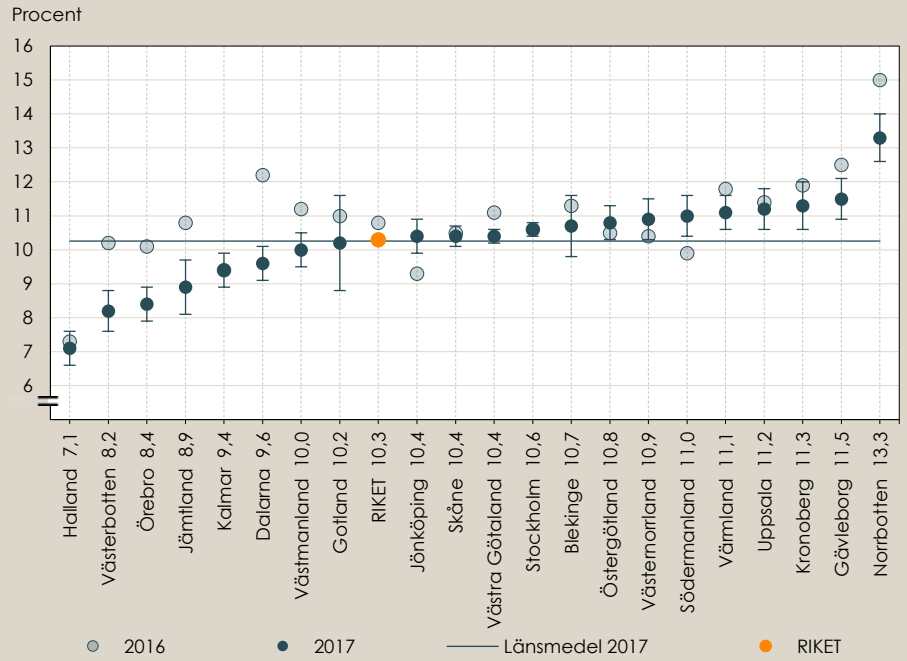
Andel personer som har diabetes typ 2 med HbA1c högre än 70 mmol/mol.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

Andelen mellan landstingen varierade från 7,1 procent till 13,3 procent för 2017. Lägst andel finns i Halland som tillsammans med fem andra län har värden tydligt under målnivån för indikatorn 2017.

25.2. Blodsockervärde, diabetes typ-2 (över 70 mmol/mol)
Andel personer som har diabetes typ 2 med HbA1c högre än 70 mmol/mol.



Källa: Nationella Diabetesregistret.

Otillräcklig blodsockerkontroll kan leda till komplikationer för den enskilda. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger stöd till denna patientgrupp. Socialstyrelsen bedömde i den senaste utvärderingen av följsamheten till diabetesriktlinjer att det finns skäl att huvudmännen gör fördjupade analyser för olika patientgrupper och med särskilt fokus på nydebuterade personer med typ 2-diabetes [68].

Om relaterade mått och data

Som indikator för ett övergripande perspektiv har myndigheten valt den version av indikatorn som avser typ 2-diabetes då den omfattar en större verksamhet och fler patienter. Diabetestyperna/verksamheterna redovisas inte samlat i en indikator eftersom de har olika målnivåer. Motsvarande indikator redovisas exempelvis i *Vården i siffror* för personer med diabetes typ-1 på medicinklinik. Blodsockervärdet ska inte ses som ett sammanfattande mått på diabetesvården utan ett viktigt exempel av flera faktorer och mått som behöver följas i vården för personer med diabetes. I *Vården i siffror* såväl som på NDR:s webbplats redovisas till exempel indikatorer och mått för blodtryck och blodfetter.

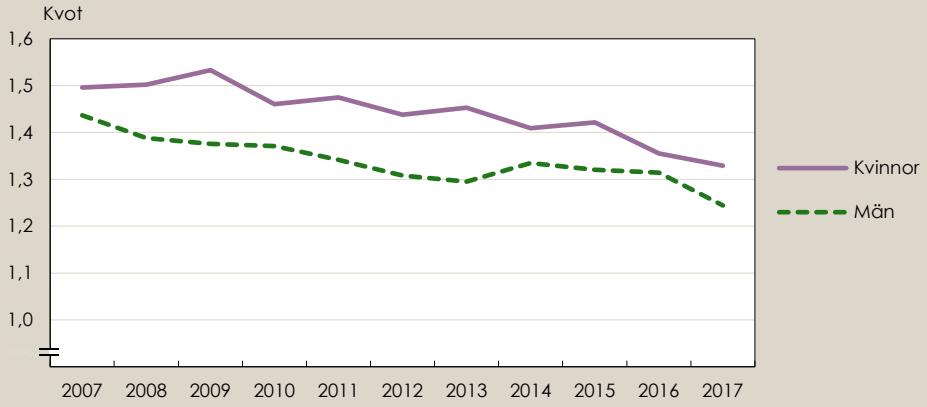
26. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Personer med diabetes löper högre risk att insjukna och dö i hjärt- och kärlsjukdom än befolkningen i övrigt, eftersom de stora blodkärlen hos personer med diabetes lättare drabbas av åderförkalkning med snabb utvecklingstakt. Detta leder till fördubblad risk för stroke, hjärtinfarkt och nedsatt cirkulation i benen. Den ökade risken för hjärt-kärlsjukdomar är den största orsaken till att personer med diabetes har högre dödlighet än befolkningen i övrigt, och ett viktigt mål för diabetesvården är att minska den risken. I den kardiovaskulära riskprofilen för personer med diabetes ingår kontroll av blodfetter, blodtryck och blodsocker samt olika sjukdomsförebyggande åtgärder som rökstopp och en strävan efter en bra nivå av fysisk aktivitet [70].

Indikatorn mäter dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen, och kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns. Värdena är åldersstandardiserade. Överdödligheten har minskat för både kvinnor och män sedan 2007. Kvinnor har en högre överdödlighet jämfört med män och har ett kvotvärde på 1,33 för 2017. Männens kvotvärde ligger på 1,24.

26.1. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen. Kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns.

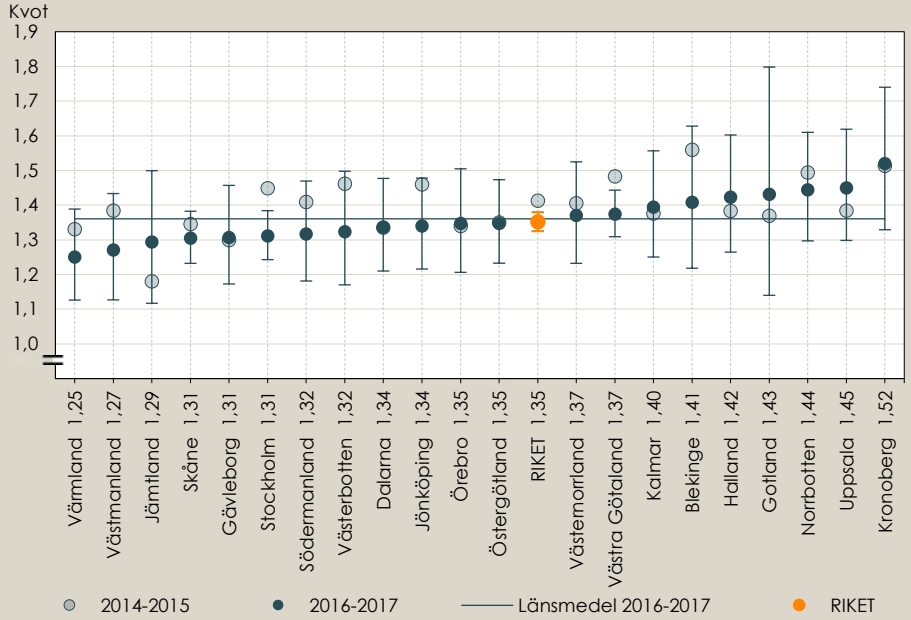


Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Kvoten varierar från 1,25 till 1,52 mellan länen för 2016–2017, konfidensintervallen visar dock att jämförelsen inte ger en tydlig signal om skillnad i diabetesvårdens kvalitet i olika län.

26.2. Överdödlighet i hjärt-kärlsjukdom vid diabetes

Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes jämfört med hela befolkningen. Kvotvärde 1,0 innebär att ingen överdödlighet vid diabetes finns. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Hälso- och sjukvården behöver identifiera personer med diabetes och därefter bedöma deras risk för insjuknande eller förtida död i hjärt-kärlsjukdom, där vården väger samman olika riskfaktorer vilka ger en uppfattning om sannolikheten att en person med diabetes insjuknar eller dör i hjärtinfarkt eller stroke. Därutöver kan verksamheter inom hälso- och sjukvården erbjuda program för att påverka levnadsvanor med avseende på rökning, fysisk aktivitet och kost [68].

Om relaterade mått och data

I denna rapport och på Socialstyrelsens webbplats presenteras flera indikatorer med bäring på vården av personer med diabetes. Dessutom finns flera indikatorer kopplade till de nationella riktlinjerna för diabetesvården.

Därutöver publicerar Nationella Diabetesregistret (NDR) ett stort antal uppgifter, bland annat kvalitetsprofiler för landstingens diabetessjukvård.

27. Trycksår i sluten vård (kategori 2–4)

Ett trycksår är en lokal skada i hud eller underliggande vävnad – vanligtvis över ett benutskott. Trycksår är ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv, det vill säga en förskjutning av huden mot underliggande vävnad. Tryck uppstår av personens kroppstyngd mot underlaget, och kroppsdelar där ben ligger nära hud, till exempel hälar och korsben, är speciellt utsatta.

Tryckskadan uppstår vanligtvis när en person under en längre tid ligger eller sitter i samma ställning. Omkring hälften av de upptäckta trycksåren är lindriga och visar sig som en hudrodnad, och vanligaste trycksåren uppstår i

ryggslutet och i hälar. Endast en liten del av trycksåren utgörs av fullhudsskada med sårkavitet eller vävnadsnekros.

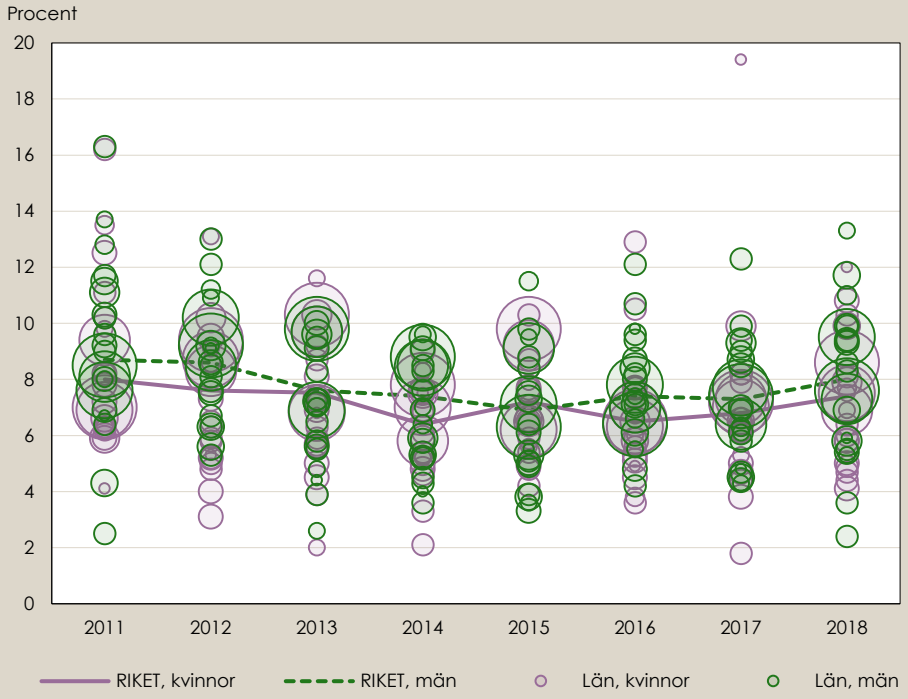
Nationella punktmätningar av trycksårsförekomst har genomförts en till två gånger per år sedan 2011 inom både kommuner och landsting. Vid mätningarna observeras förekomsten av trycksår och förebyggande åtgärder, och samtidigt görs en riskbedömning av de observerade patienterna.

Indikatorn visar andelen patienter med minst ett trycksår i den slutna vården vid tidpunkten för mätningen på sjukhuset. Detta ger dock endast en ögonblicksbild och upprepade mätningar behöver därför göras för att ge ett säkrare tolkningsunderlag för varje ingående klinik och sjukhus.

I diagram 27.1 redovisas andelen patienter med trycksår kategori 2–4 från 2011 till 2018. Andelen för riket var vid mätningen 2018 strax under 8 procent, vilket var något högre än 2017. Riksvärdena har legat kring ungefär samma nivå för alla de redovisade åren. Spridningen mellan länen påverkas av att underlaget för respektive mätning kan vara litet. Trycksår av graden 2–4 var något vanligare bland män än bland kvinnor visar de flesta av mätningarna och så även den senaste.

27.1. Trycksår i sluten vård (grad 2–4)

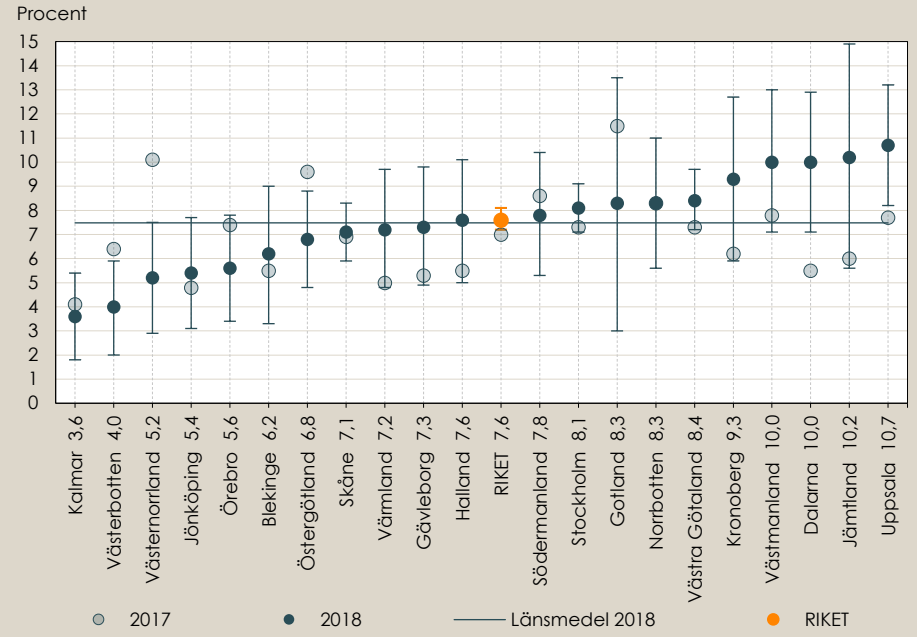
Andel patienter i sluten vård med minst ett trycksår kategori 2–4.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 27.2 redovisas resultatet uppdelat per landsting, och värdena varierar stort i den senaste punktprevalensmätningen, dock är utrymmet stort för tillfälliga variationer i mätningarna vilket gör det svårt att se resultatet som tydliga indikationer på varierande kvalitet. Kalmar som har det lägsta värdet 2018 hade det dock för tredje året i rad och konfidensintervallet indikerar att underlaget är tillräckligt stort för att anta att det inte är en tillfällighet att värdet är lägre än medelvärdet för länen.

27.2. Trycksår i sluten vård (grad 2–4)
Andel patienter i sluten vård med minst ett trycksår kategori 2–4.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Trycksår innebär ett onödigt lidande för patienten och onödiga kostnader för sjukvården. De flesta trycksår går dessutom att undvika med förebyggande åtgärder. Bland annat bör verksamheterna riskbedöma personer som är 70 år och äldre med hjälp av ett adekvat riskbedömningsinstrument, dokumentera de åtgärder som genomförs samt följa upp och utvärdera åtgärderna [71].

Punktprevalensmätning innebär att patientgrupper med långa vårdtider blir överrepresenterade jämfört med andelen av vårdtillfällena. Enligt markörbaserad journalgranskning har vårdtillfällen med trycksår 2–4 cirka dubbelt så lång vårdtid jämfört med genomsnittet. Det innebär att förekomsten av trycksår 2–4 uttryckt som andel av vårdtillfällena, är betydligt lägre än de som uppmäts vid prevalensmätning hos inskrivna patienter en viss dag.

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas processindikatorer för att förebygga risker för trycksår i särskilt och ordinärt boende. Exempel på sådana indikatorer är *Bruk av tryckavlastande underlag, riskförebyggande åtgärder i ordinärt boende* och *Riskförebyggande åtgärder i särskilt boende.* Svenska palliativregistret redovisar uppgifter för trycksår i den palliativa vården. Trycksår kategori 2–4 som uppkommit på sjukhus mäts också inom ramen för *Markörbaserad journalgranskning* i SKL:s regi.

28. Vårdrelaterade infektioner

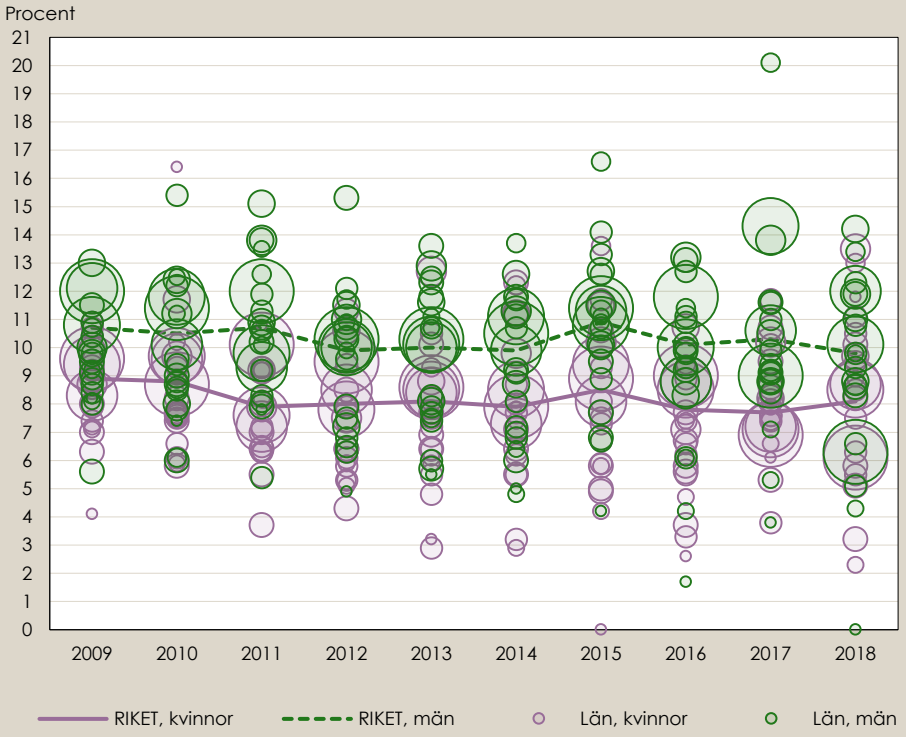
En vårdrelaterad infektion (VRI) definieras som *”infektion som uppkommer hos person under sluten vård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg, eller som personal som arbetar inom vård och omsorg ådrar sig till följd av sin yrkesutövning”* [72].

Samtliga sjukhus inom den offentligt drivna vården, samt ett antal privata sjukhus som har avtal med landsting och regioner, deltar i punktprevalensmätning av VRI. Mätningen genomförs under en dag inom ett sjukhus, och samtliga sjukhus i Sverige genomför sina mätningar under en tvåveckorsperiod. Mätningen utgår från en standardiserad instruktion och ett protokoll. Samtliga patienter som är inskrivna i den somatiska slutenvården vid en angiven tidpunkt den aktuella mätdagen ingår i rapporteringen. Indikatorn visar hur stor andel av alla inskrivna patienter som är drabbade av VRI inom somatisk slutenvård vid tidpunkten för mätningen.

I riket hade nära 9 procent av patienterna i slutenvården drabbats av VRI vid mätningen våren 2018. Alla mätningar har visat på en högre förekomst bland män än bland kvinnor. Ingen tydlig trend kan ses, sedan 2012 har värdena för män legat kring 10 procent och för kvinnor kring 8.

28.1. Vårdrelaterade infektioner

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i sluten somatisk vård.



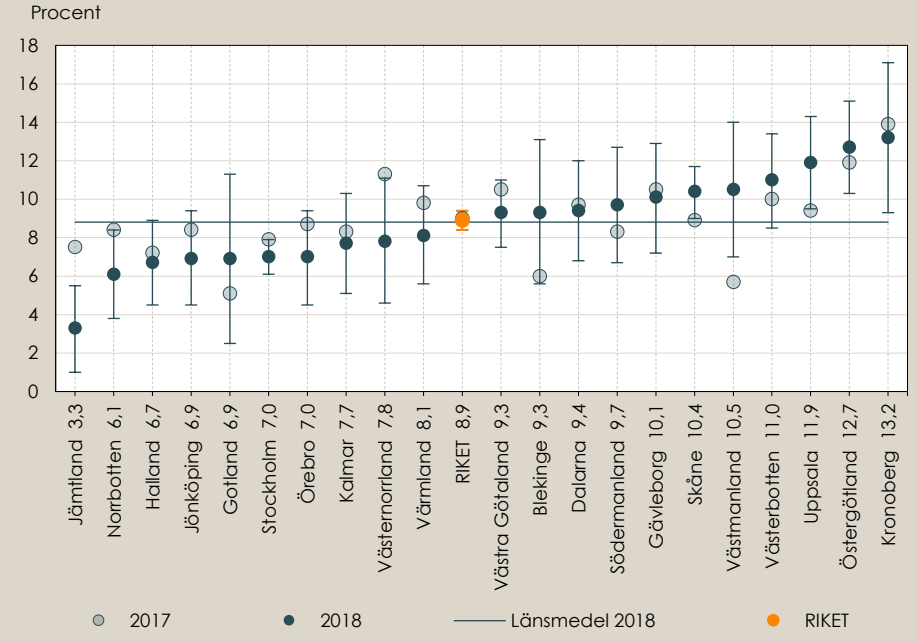
Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Storleken på konfidensintervallen visar att resultaten av de enskilda punktprevalensmätningarna är osäkra som indikation på kvalitet för de flesta

landstingen. I Jämtland hade 3,3 procent av patienterna VRI enligt den senaste mätningen vilket är tydligt under rikets värde. I landstingen med högst andel drabbade gällde detta cirka 13 procent av patienterna.

28.2. Vårdrelaterade infektioner

Andel patienter med vårdrelaterad infektion. Avser patienter i sluten somatisk vård.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

Det finns evidens för att en hög följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler hos vårdpersonalen bidrar till en minskad smittspridning. Framgångsfaktorer som kan bidra till att begränsa VRI är bland annat riskbedömningar, ett tätt samarbete mellan funktionen vårdhygien och verksamheten, frekvent och kvalificerad städning och att högsta ledningen har ett tydligt fokus på VRI. Även patienter ska om möjligt göras delaktiga och få kunskap om hygienens betydelse för att minska förekomsten av VRI [73].

Om relaterade mått och data

I samband med mätningen av vårdrelaterade infektioner mäts även processer som följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler både för kommuner- och för landsting, uppgifterna för landstingen tillgängliggörs bland annat i *Vården i siffror*.

29. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

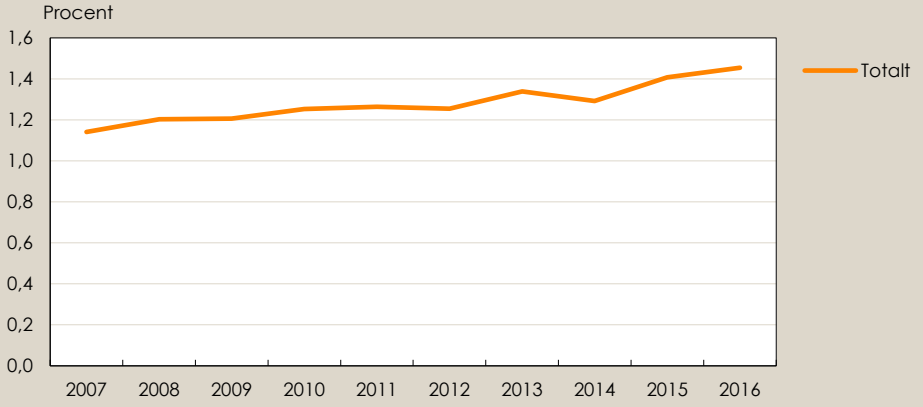
Indikatorn visar andelen barn som efter födelsen har låg Apgar-poäng, ett poängsystem för standardiserad bedömning av nyföddas vitalitet. Oftast är det barnmorskan som gör Apgar-bedömningen, eller barnläkaren om man misstänker att barnet inte mår bra. Apgar-bedömningen speglar barnets hälsotillstånd vid en given tidpunkt och det är eftersträvansvärt med höga Apgar-poäng. Systemet innebär att man bedömer det nyfödda barnet enligt fem kriterier på en skala mellan 0 och 10. Kriterierna är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus samt reflexer och den totala poängsumman kan variera mellan 0 och 10 poäng. Bedömningen görs vid en minut, fem minuter och tio minuter efter födelsen. Låg Apgar-poäng brukar definieras som under 4 poäng, eller under 7 poäng vid fem minuters ålder. Nyfödda barn som får under 4 poäng kan få en specifik diagnos, måttlig asfyxi, en form av akuta andningssjukdomar. Apgar under 7 poäng vid fem minuter ålder är en vedertagen indikator för jämförelser av utfall vid forskning och utvärderingar [74].

Det kan finnas flera skäl till att ett barn får låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder. Bedömningen speglar syrebrist hos fostret som kvarstår eller uppträder fem minuter efter födseln. Orsaken kan vara komplikationer i moderkakan eller navelsträngen, tillväxthämning hos fostret, sjukdomar hos modern eller komplikationer i samband med förlossningen som värksvaghet eller instrumentell förlossning. Barnet kan också ha påverkats av narkos eller smärtlindrande läkemedel som modern fått under förlossningen. Både dödlighet och risk för allvarliga neurologiska skador är större hos barn med låga Apgar-poäng vid fem minuters ålder än hos barn med höga Apgar-poäng.

Indikatorn visar att andelen barn med lägre än 7 Apgar-poäng vid fem minuters ålder var 1,45 procent 2016. Här ses en viss försämring över tid vilket innebär att fler nyfödda barn har låga Apgar-poäng.

29.1. Hälsotillsånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



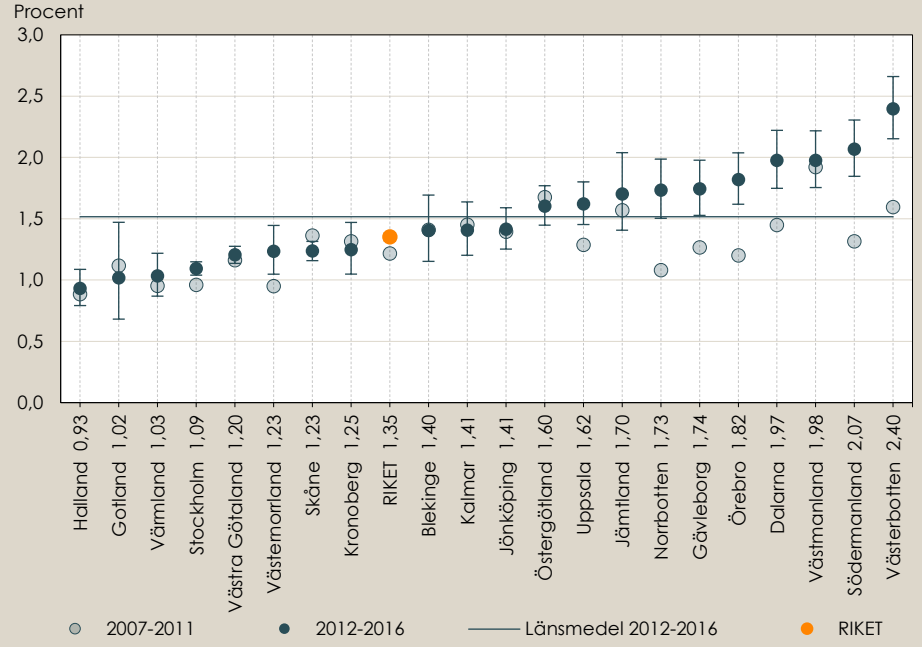
Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Variationen i utfallet mellan landstingen var mellan 0,9 och 2,4 procent för perioden 2012–2016. Bland länen med högre värden syns också i många fall

ganska tydliga försämringar sedan 2007–2011 medan det bland dem med bättre värden syns mindre förändringar.

29.2. Hälsotillstånd hos nyfödda (låg Apgar-poäng)

Andel nyfödda med låg (lägre än sju) Apgar-poäng vid mätning fem minuter efter födelsen.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

Flera uppgifter om förlossningsvården publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas. Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorerna: *Akut återinskrivning efter förlossning* och *Skador hos nyfödda barn*. Att resultatutvecklingen är viktiga att följa för dessa mått har tidigare lyfts av Socialstyrelsen [74].

30. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Bristningar i bäckenbotten i samband med vaginal förlossning, så kallade perinealbristningar, indelas i fyra grader. Första och andra gradens bristning omfattar ytligare vävnader i slidan och mellangården och är oftast mindre allvarliga. Tredje gradens bristning omfattar förutom ytliga vävnader även hela eller delar av ändtarmens slutmuskel och fjärde gradens bristning omfattar dessutom rektalslemhinnan.

Kända riskfaktorer för grad III- och grad IV-bristningar är att kvinnan är förstföderska och föder ett stort barn eller att förlossningen avslutas instrumentellt, det vill säga med tång eller sugklocka. Kvinnans förlossningsställning vid barnets framfödande kan också ha betydelse för graden av bristning. Indikatorn kan kopplas till hållbarhetsmål 5 i Agenda 2030 och delmålet om

rätten till reproduktiv hälsa [30]. Socialstyrelsen har tidigare visat att kvinnor födda i Afrika söder om Sahara har ett sämre utfall än andra grupper [75].

Indikatorn redovisar andel bristningar av grad III och grad IV vid vaginala förlossningar och värdena är åldersstandardiserade. I riket låg andelen på 5,7 procent 2016, vilket är en viss nedgång jämfört med 2015.

30.1. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

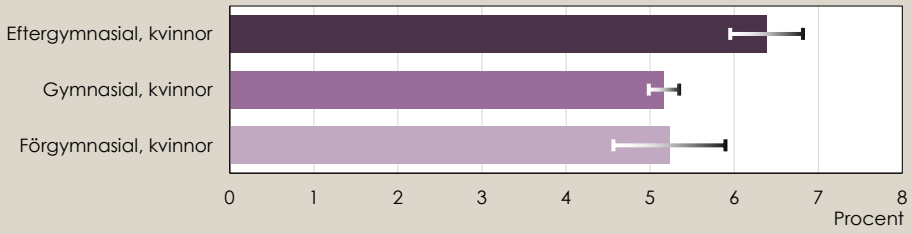
Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor.

Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Registrerade bristningar bland förstföderskor har visat sig vara vanligare bland kvinnor med eftergymnasial utbildning. Så även för perioden 2012–2016 då andelen var 6,4 bland mödrar med eftergymnasial utbildning jämfört med kring 5,2 för dem med kortare utbildningar. Förhållandet har undersöks vidare av Socialstyrelsen, i rapporten *Komplikationer efter förlossning,* genom att kontrollera för olika samvarierande faktorer. Detta har dock inte kunna förklara sambandet, vilket ökar sannolikheten för att det kan ha att göra med att diagnostisering av svåra bristningar, snarare än den faktiska förekomsten, ökar med kvinnans utbildningsnivå [76]. Det är av mycket stor vikt att uppkomna bristningar uppmärksammas och registreras så att rätt insatser kan ges. Därför är det viktigt att säkerställa att ett lägre värde också verkligen beror på en lägre förekomst och inte bristande förmåga att upptäcka och registrera till exempel på grund av varierande lyhördhet för patienter med olika socioekonomiska förutsättningar.

30.2. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor, 30 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2012–2016.

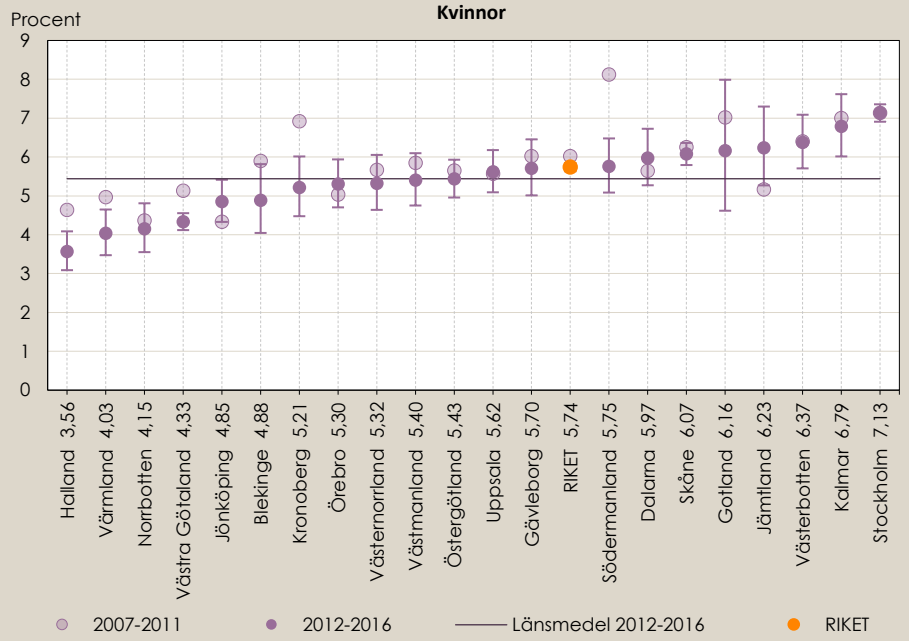


Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Vid jämförelser mellan länen framgår att andelen grad III- och grad IV-bristningar varierade mellan 3,6 och 7,1 procent under perioden 2012 till 2016.

30.3. Bristningar vid förlossning bland förstföderskor

Andel perinealbristningar av grad III och IV vid vaginal förlossning bland förstföderskor. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen.

Jämfört med länder i OECD hade Sverige en hög andel rapporterade bristningar vid senaste mättillfället främst vid instrumentell förlossning men även vid ej instrumentell förlossning. Andelen vid instrumentell förlossning var 11,3 procent 2015 och för ej instrumentell förlossning var andelen 2,4 procent. Generellt var den rapporterade andelen bristningar lägst i Polen och högst i Kanada. OECD skriver att bristningar kan ses som ett robust mått för internationella jämförelser men också att andelen registrerade bristningar påverkas av hur bra hälso- och sjukvården i enskilda länder är på att rapportera bristningar. Det finns exempelvis viss evidens för att användandet av register innebär bättre datakvalitet och fler rapporterade fall [66].

Om relaterade mått och data

Flera uppgifter om förlossningsvården ur moderns perspektiv publiceras i Socialstyrelsens statistikdatabas. Socialstyrelsen tillgängliggör även uppdaterad data för kvalitetsindikatorn *Akut återinskrivning efter förlossning*.

Indikatorn avgränsas till bristningar av grad III och IV eftersom dessa rapporteras till medicinska födelseregistret och finns tillgängligt på nationell nivå. Men förekomsten av bristningar av grad II kan också vara viktig att följa, vilket kan ske lokalt. Socialstyrelsens arbetar också för att utöka rapporteringen till medicinska födelseregistret till att även inkludera bristningar av grad II så att dessa även ska kunna följas upp på nationell nivå.

31. Äldre med läkemedel som bör undvikas

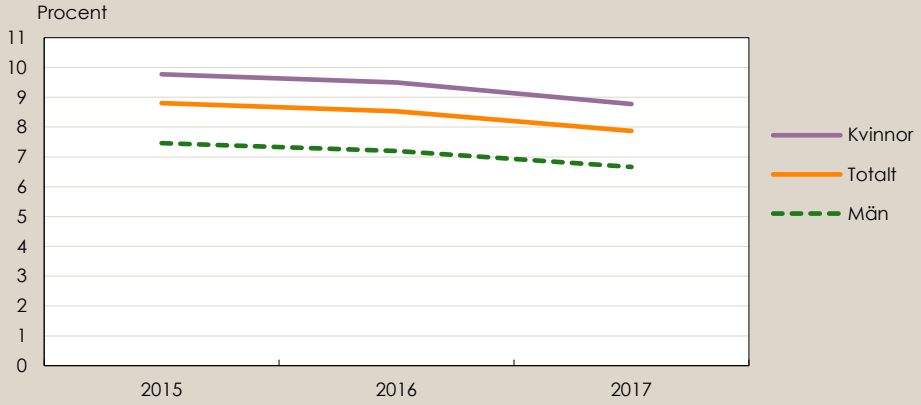
Med stigande ålder sker flera förändringar som påverkar hur läkemedel omsätts och verkar i kroppen. Därför kan användning av vissa läkemedel innebära en betydande risk för biverkningar hos äldre, och dessa läkemedel bör därför undvikas i denna åldersgrupp om det inte finns särskilda skäl för behandlingen. Om de ska användas ska förskrivande läkare ha bedömt att det finns en välgrundad och aktuell indikation för att använda läkemedlet och att den förväntade nyttan står i rimlig proportion till riskerna. Behandlingen bör följas upp och omprövas regelbundet med täta intervall. I samband med en revidering av *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* som publicerades 2017 har indikatorn setts över och urvalet läkemedel består numera av:

- långverkande bensodiazepiner (vissa lugnande medel och sömnmedel)
- läkemedel med betydande antikolinerga effekter
- tramadol (smärtstillande)
- propiomazin (sömnmedel)
- kodein (smärtstillande)
- glibenklamid (diabetesmedel) [77].

För indikatorn så minskade andelen äldre med olämpliga läkemedel mellan 2015 och 2017. Andelen personer 75 år och äldre i riket med de läkemedel som anges för indikatorn var 7,9 procent 2017. Bland kvinnor är andelen drygt 2 procentenheter högre än bland män.

31.1. Äldre med läkemedel som bör undvikas

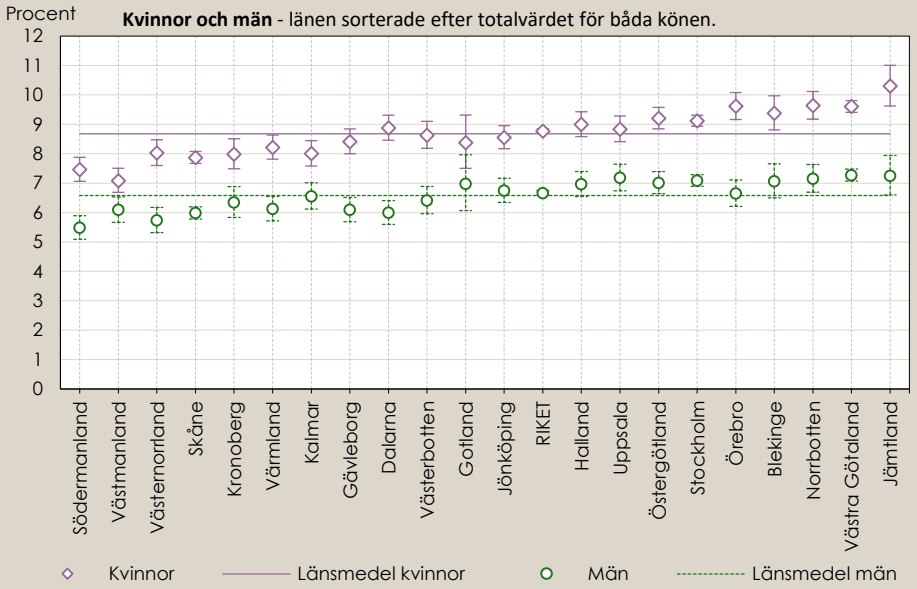
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Personer 75 år och äldre i Södermanland har bland männen den lägsta andelen läkemedel som bör undvikas och som specificeras av indikatorn. För kvinnor var andelen lägst i Västmanland. Andelen bland kvinnor är högre än bland män i samtliga län.

31.2. Äldre med läkemedel som bör undvikas
Andel äldre i befolkningen med minst ett läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) ska läkemedelsgenomgångar genomföras. Läkemedelsgenomgångar är en metod för att följa upp, analysera och ompröva en individs läkemedelsanvändning på ett förutbestämt och systematiskt sätt. Genomgångarna involverar den person som använder läkemedlet, den ansvariga läkaren och vid behov ansvarig sjuksköterska, farmakologisk expertis och den personal som dagligen möter den äldre personen. Syftet med en enkel läkemedelsgenomgång är att kartlägga en persons ordinerade och använda läkemedel, upprätta en korrekt och aktuell läkemedelslista samt bedöma om behandlingen är ändamålsenlig och säker.

Socialstyrelsen har 2018 tagit fram ett förslag till diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Rapporten ger också vägledning om hur checklistan kan implementeras i ett elektroniskt beslutsstöd [78].

Jämfört med de flesta andra länder i OECD är det färre äldre som förskrivs långtidsverkande bensodiazepiner i Sverige. Bland de länder som rapporterat uppgifter för 2015 hade endast Finland, Kanada och Turkiet ett lägre antal förskrivningar per invånare [79, 80].

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas den tidigare versionen av indikatorn uppdelat på personer med hemtjänst eller i särskilt boende.

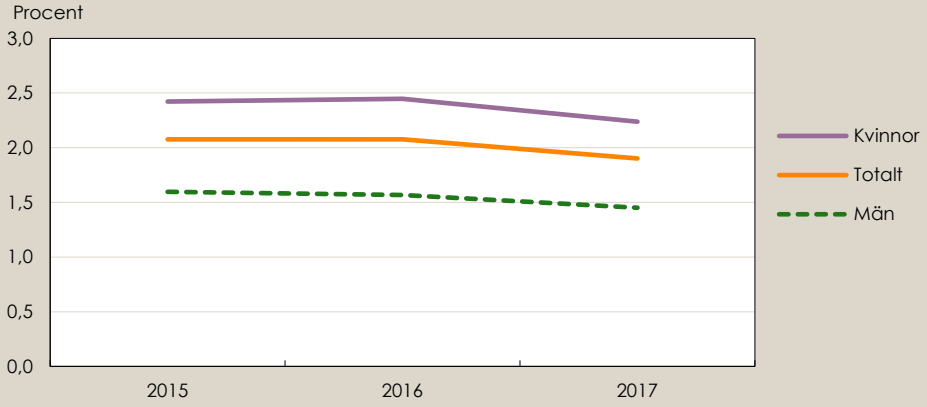
32. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

För antipsykotiska läkemedel finns indikation för förskrivning vid psykotiska symptom och vissa allvarliga beteendesymptom vid demens, till exempel aggressivitet. I äldreomsorgen används dessa läkemedel emellertid ofta för att dämpa beteendesymtom som motorisk oro samt rop och vandring, dock oftast med blygsam eller ingen effekt. Preparaten är starkt förknippade med biverkningar, till exempel passivitet, kognitiva störningar och Parkinsonliknande symtom. De har också negativa effekter på känslolivet och sociala funktioner, samt medför en ökad risk för stroke och förtida död hos äldre med demenssjukdom. Om behandling bedöms nödvändig bör låga doser tillämpas och en kort behandlingstid planeras med snar (inom två veckor) utvärdering av effekt och eventuella bieffekter. Behandlingen bör också omprövas med täta intervall för att kunna ta ställning till utsättning eller dosminskning [77].

Indikatorn visar användningen av antipsykotiska läkemedel hos personer som är 75 år och äldre. I riket som helhet behandlades 1,9 procent med antipsykotiska läkemedel 2017, viket var en viss nedgång jämfört med de två föregående åren. Kvinnor har generellt ett högre värde än män för indikatorn, för 2017 var skillnaden 0,8 procentenheter.

32.1. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre

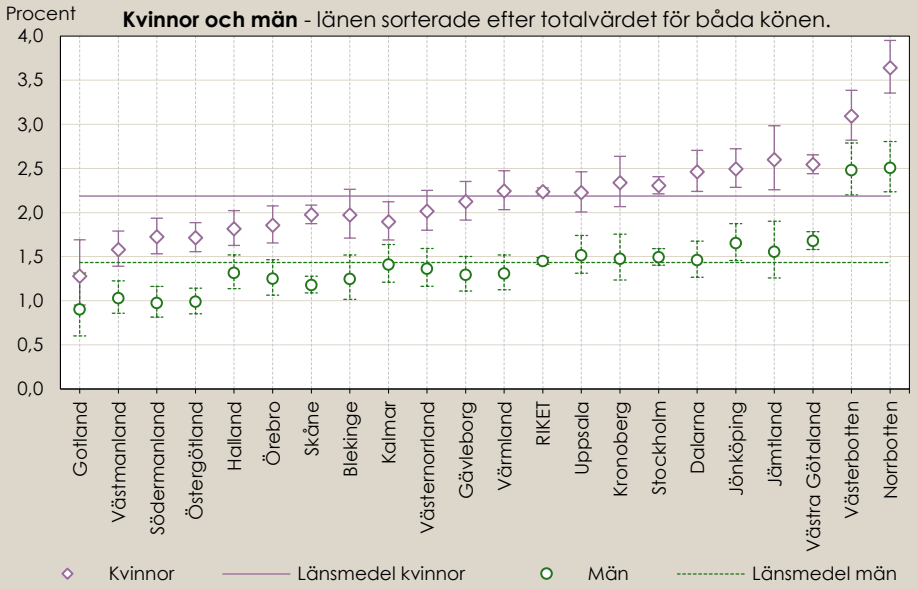
Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor, 75 år och äldre, varierar andelen på länsnivå som använder antipsykotiska läkemedel från 1,3 till 3,6 procent. Bland männen varierar andelen som använder antipsykotiska läkemedel mellan 0,9 till 2,5 procent. I samtliga län har kvinnor ett högre värde än män. Men i de två länen med högst andelar är männens värde i nivå med eller högre än kvinnors andelar i övriga län och markant högre än mäns i andra län.

32.2. Användning av antipsykotiska läkemedel hos äldre
Andel äldre i befolkningen som använder antipsykotika. Avser personer 75 år och äldre, 31 december, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Precis som för indikatorn *Äldre med läkemedel som bör undvikas* är det viktigt att verksamheterna genomför läkemedelsgenomgångar för att metodiskt följa upp och analysera varje individs läkemedelsanvändning. Dessutom är det viktigt att personer som misstänks lida av demenssjukdomar får en demensutredning. Antipsykotiska läkemedel förekommer också på flera ställen i det förslag till diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre som Socialstyrelsen har publicerat i en rapport 2018. Rapporten innehåller bland annat också vägledning om hur checklistan kan implementeras i ett elektroniskt beslutsstöd [78]

Om relaterade mått och data

I rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre* redovisas indikatorn uppdelat på personer med hemtjänst eller i särskilt boende.

33. Antal återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

Indikatorn visar antalet nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår hos personer som är 50 år och äldre och som under mätperioden haft en förstagångsfragilitetsfraktur som behandlades i sluten vård eller av läkare i öppen specialiserad vård. Förstagångsfragilitetsfraktur betyder här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. Jämförelsen är åldersstandardiserad och mätperioden avser tid för första frakturen, efter vilken uppföljning har skett i 3 år.

Socialstyrelsens målnivå är att antalet återfrakturer ska minska med 20 procent i respektive landsting jämfört med utfallet 2003–2007 [81].

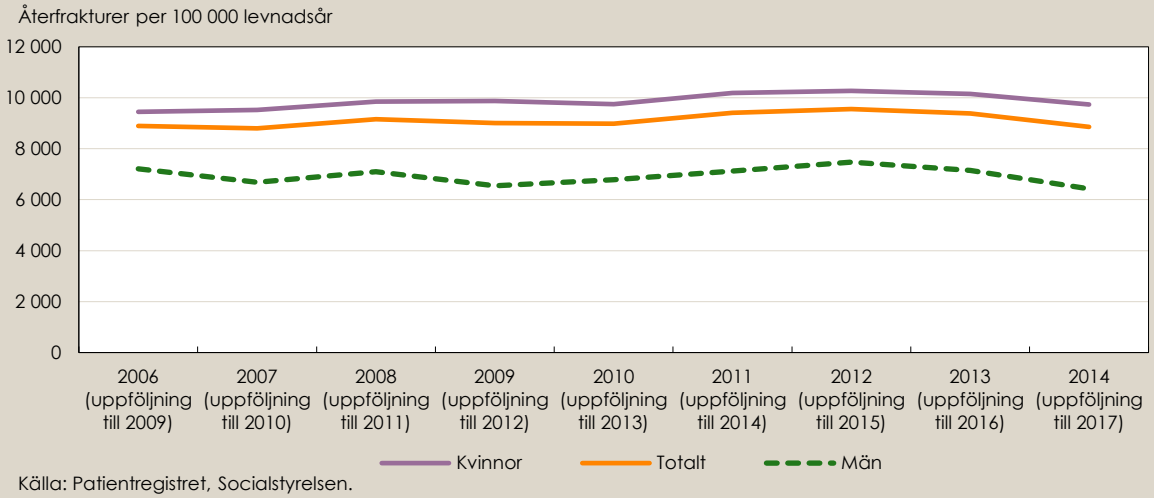
Nationell målnivå

För indikatorn *Återfrakturer inom 3 år* har Socialstyrelsen fastställt att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive landsting fram till år 2018, jämfört med perioden 2003–2007.

I jämförelsen över tid, med första frakturen för åren från 2006 till 2014, syns för senaste mätperioden en liten nedgång, alltså bland de personer med en fragilitetsfraktur 2014 som följts upp till och med 2017. Det är dock långt ifrån den nationella målnivån om en 20-procentig minskning fram till 2018 för indikatorn. För senaste mätperioden var det åldersstandardiserade värdet för män 6 425 och för kvinnor 9 738 per 100 000 levnadsår. Utöver att återfrakturer är vanligare bland kvinnor är merparten av de som haft en fragilitetsfraktur till att börja med också kvinnor. Indikatorn mäts per levnadsår istället för per person eftersom flera i denna patientgrupp avlider under uppföljningsperioden.

33.1. Återfrakturer efter fragilitetsfraktur

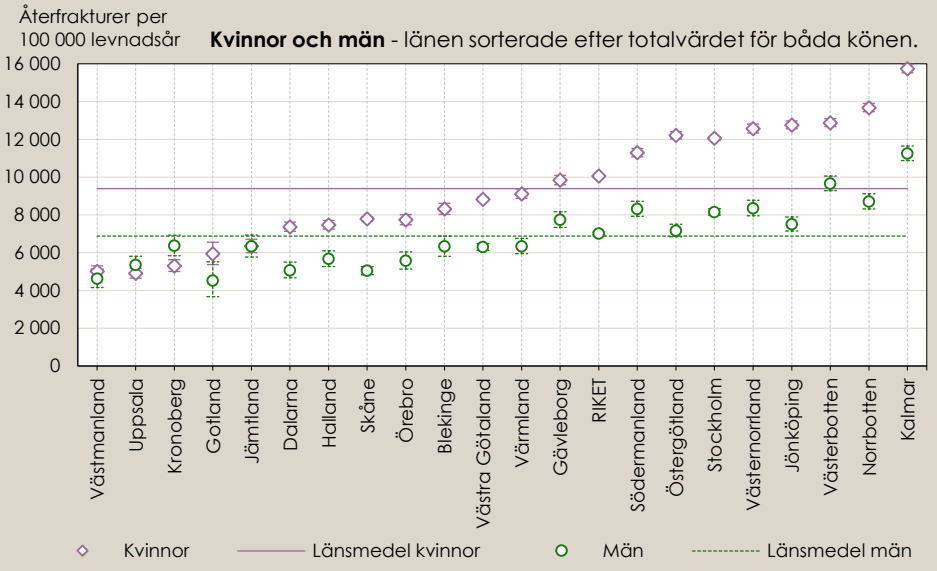
Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Mellan länen varierar värdena mycket, speciellt för kvinnor då länen med sämre totalvärden ofta också har en större skillnad mellan könen. Bland kvinnor med en första fraktur 2012–2014, som följs upp till och med 2017, variera antalet återfrakturer från 5 018 till 15 742 per 100 000 levnadsår. För män varierar antalet mellan länen från 4 623 till 11 256.

33.2. Återfrakturer efter fragilitetsfraktur
Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Mätperiod avser tid för första fraktur. Åldersstandardiserade värden, 2012-2014 (uppföljning till 2017).



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Patientregistret har inte lagstöd för att ta in uppgifter om primärvård och därför omfattas inte frakturer som behandlats i primärvården. Diagnossättningen för kotfrakturer är därtill ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

När en person drabbats av en fraktur som kan relateras till benskörhet är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom har en ökad fysisk aktivitet en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur.

Strukturerade vårdkedjor för fragilitetsfrakturer ökar andelen utredningar och behandlingar och kan minska andelen nya frakturer med runt 40 procent. En utredning utgörs av frakturriskbedömning med FRAX och bentätshetsmätning med DXA. Beroende på sjukvårdsorganisation ser vårdkedjorna olika ut men ofta ingår ett multiprofessionellt team som följer patienten genom utredningen [18].

Om relaterade mått och data

En nära relaterad indikator är *Läkemedel efter fragilitetsfraktur*. Indikatorn avser andel patienter 50 år och äldre med förstagångsfraktur som behandlats med läkemedel mot benskörhet 0 till 12 månader efter en fragilitetsfraktur. Till 2017 är den nationella målnivån satt 30 procent eller mer. I denna rapport redovisas även indikatorn *Fallskador bland äldre*, vilken också kan relateras till benskörhet.

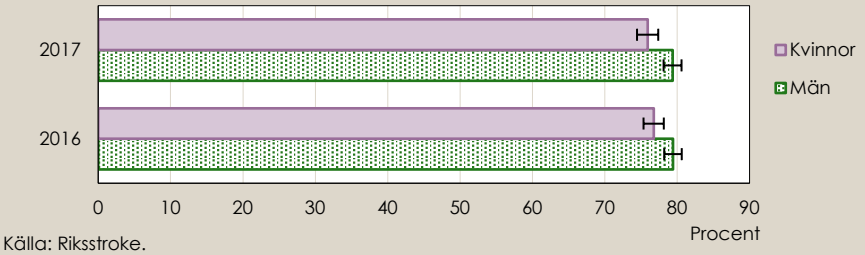
34. Nöjd med rehabilitering 12 månader efter insjuknandet i stroke

Stroke är en av landets stora folksjukdomar och kräver insatser från både kommuner och landsting. Indikatorn för tillgodosedda rehabiliteringsbehov visar hur stor andel av de personer som vårdats för stroke som uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sin rehabilitering 12 månader efter att de insjuknat. Resultatet rör insatserna till personer som haft stroke och ger en signal om kvaliteten i den sammantagna vården och i omsorgen. I indikatorns nämnare ingår även de som angivit att de upplevt behov av rehabilitering men inte fått det. Därför inkluderar indikatorn utöver upplevd nöjdhet med rehabverksamheten också en komponent av tillgänglighet.

Den enkätfråga som används har ändrats från 2016 och därför görs ingen jämförelse längre tillbaka. För 2017 uppgav 78 procent att de var nöjda med sin rehabilitering vilket var i nivå med 2016. Det finns en skillnad mellan könen på riksnivå för de svarande, som visar att män är mer nöjda än kvinnor. För 2017 var skillnaden drygt 3 procentenheter mellan könen.

34.1 Nöjd med rehabilitering efter stroke (12 månader)

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?".



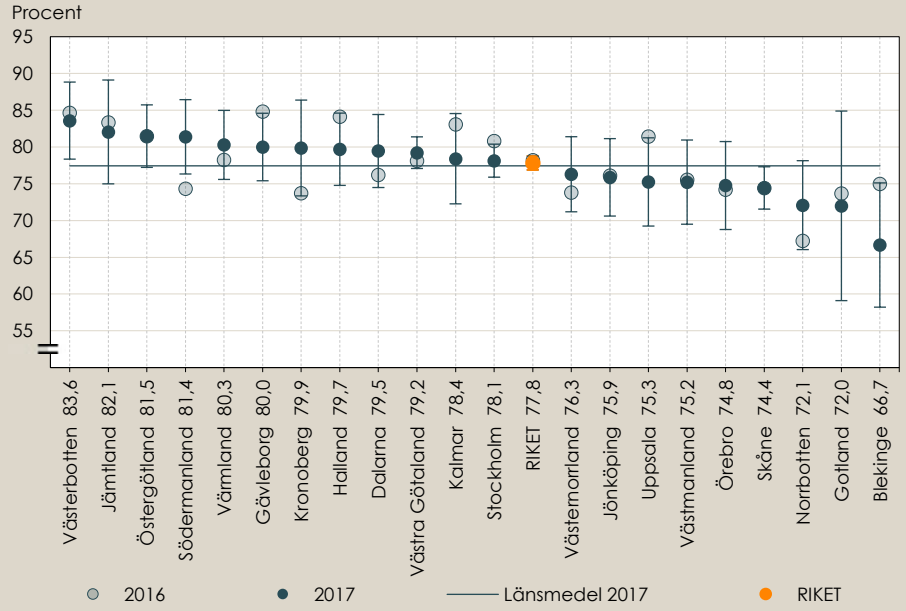
Källa: Riksstroke.

Mönstret mellan könen är inte lika tydligt på länsnivå och för att minska skakigheten i jämförelsen så redovisas värden för kvinnor och män tillsammans på länsnivå (könsuppdelad data på länsnivå finns i Bilaga 2). Trots det så är underlaget så pass litet för enskilda län att konfidensintervallen i de flesta fall överlappar varandra och rikets värde. Detta visar att resultaten utifrån underlaget för ett enskilt år på länsnivå inte är tydliga som indikationer på skiftande kvalitet – trots att den uppmätta skillnaden mellan länen för 2017 uppgår till 17 procentenheter.

Den nationella målnivån som anges för nöjdhet med rehabilitering efter stroke är satt till 87 procent. Målnivån avser dock enbart upplevelsen av rehabverksamheten bland dem som fått del av den. Om de som inte har haft tillgång till rehabilitering trots, ett upplevt behov, skulle exkluderas från indikatorn som redovisas här så skulle värdet vara nivå med målnivån för riket [82].

34.2. Nöjd med rehabilitering efter stroke (12 månader)

Andel strokepatienter som 12 månader efter insjuknandet svarat "Nöjd" eller "Mycket nöjd" på frågan "Hur nöjd eller missnöjd är du med rehabiliteringen eller träningen efter du skrevs ut från sjukhus för din stroke?".



Källa: Riksstroke.

En av många faktorer som kan påverka utfallet är kvaliteten i en samordnad vårdplanering som kan involvera såväl olika verksamhetsdelar i landstingen som kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg. En ytterligare aspekt är att upplevelsen kan påverkas av förväntningar.

Om relaterade mått och data

Indikatorn kan delas upp på dem som var nöjda eller missnöjda med den rehabilitering de fått respektive de som inte fått rehabilitering trots upplevt behov (som här räknas till dem som inte var nöjda med rehabiliteringen).

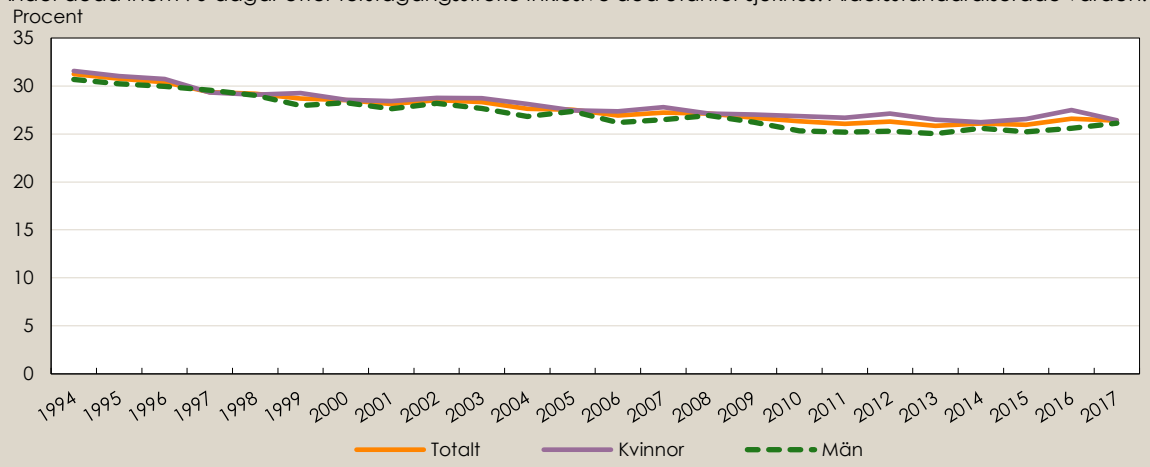
Det finns ett antal relaterade indikatorer från kvalitetsregistret Riksstrokes uppföljningsenkäter vid 3 respektive 12 månader. För indikatorn *Tillgodosedda behov av hjälp och stöd efter stroke efter 3 månader* finns en nationell målnivå på 75 procent. Dessutom finns indikatorn *Tillgodosedda behov av rehabilitering efter stroke*. Det finns även två indikatorer som belyser strokepatienternas funktionsförmåga. För indikatorer som bygger på tolvmånadsenkäten finns även värden på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*.

35. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Indikatorn visar andelen patienter som avled inom 90 dagar efter en förstagångsstroke. Jämförelsen är åldersstandardiserad. Som stroke räknas alla fall av diagnos för hjärnblödning, hjärninfarkt eller ej specificerad stroke i antingen dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår de patienter som avled under eller efter sjukhusvård men också de som avled utan att ha hunnit vårdats på sjukhus. Som förstagångsfall räknas personer som inte haft någon stroke de sju föregående åren. Andelen har sjunkit på längre sikt men har för de senaste åren legat på ungefär samma nivå, kring 26 procent. För de flesta år är den åldersstandardiserade dödligheten inom 90 dagar något högre bland kvinnor än bland män.

35.1. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.

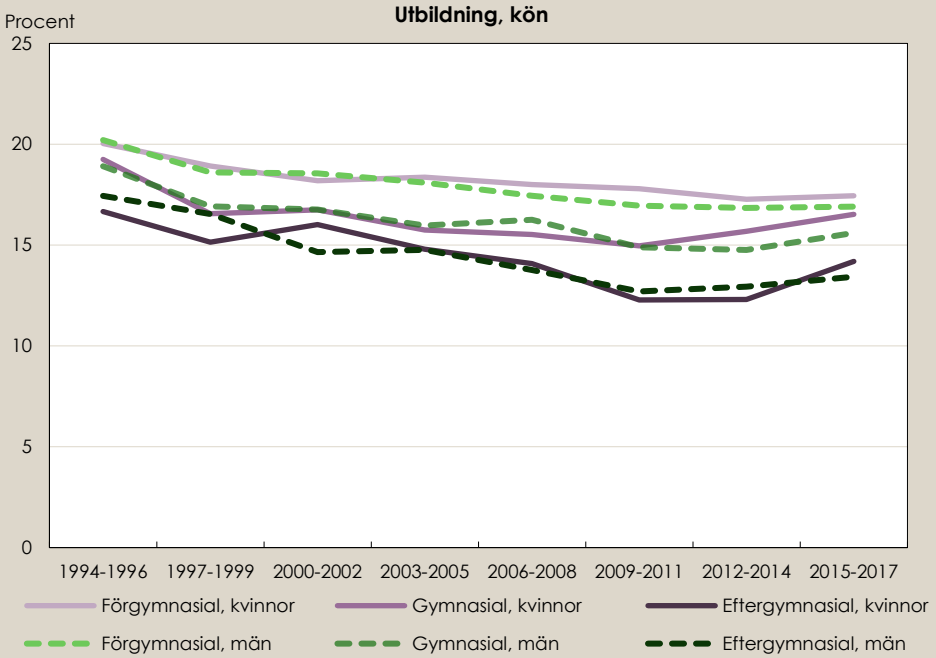


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vid jämförelse av utbildningskategorier avgränsas gruppen åldersmässigt från 35 till 79 år, vilket ger generellt lägre nivå för andelen döda inom 90 dagar. Andelen bland dem med kortare utbildning är generellt högre för hela perioden och ingen tydlig minskning av skillnaden ses över tid.

35.2. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)

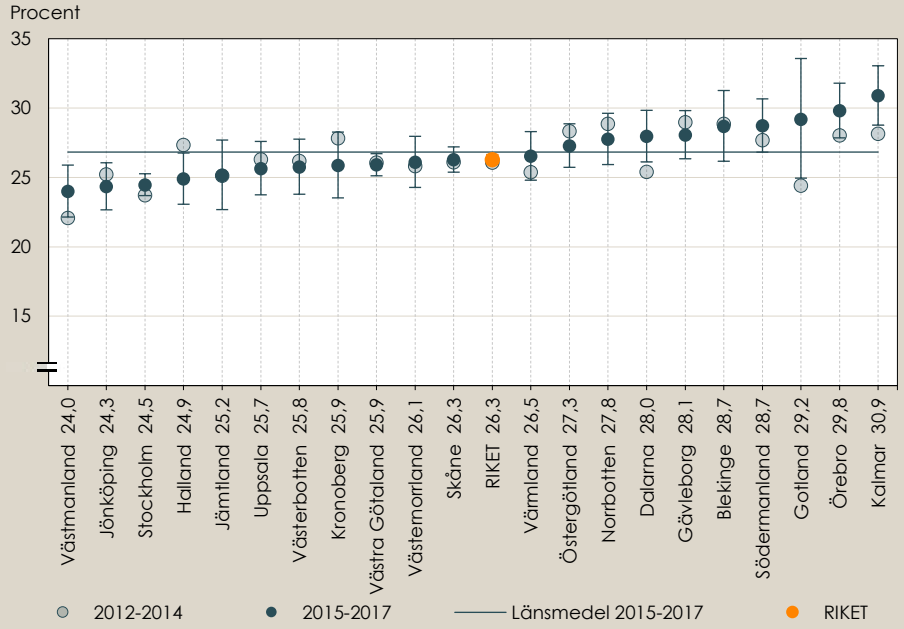
Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden, 35–79 år.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För att öka underlaget och minska skakigheten i länsjämförelsen redovisas värden för könen tillsammans – könsuppdelade värden på länsnivå finns tillgängligas i Bilaga 2. På länsnivå skiljer det 7 procentenheter mellan länet med högst respektive lägst värde. Många läns konfidensintervall överlappar rikets värde och länsmedelvärdet, men bland dem med högst och lägst värden gör de det inte vilket kan tyda på att det kan finns systematiska skillnader mellan länen i vårdens kvalitet eller regionala förutsättningar. Indikatorn avser att mäta kvaliteten i hela vårdkedjan från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård. Därför fångar den även in effekter av samverkan mellan landstingens olika verksamheter och kommunernas hälso- och sjukvård.

35.3. Dödlighet efter stroke (inom 90 dagar)
Andel döda inom 90 dagar efter förstagångsstroke inklusive död utanför sjukhus. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen har under 2018 publicerat en uppdaterad version av riktlinjerna för strokesjukvård som ska kunna utgöra stöd till verksamheterna [82, 83]. En svensk studie från 2017 visar att endast tio procent av personer som avlider efter tre månader eller upp till ett år efter stroke, avlider i det egna hemmet. Merparten av personerna avlider på äldreboenden eller på sjukhus [84].

OECD använder indikatorn *Dödlighet efter sjukhusvårdad stroke inom 30 dagar* som indikator på sjukvårdens kvalitet vid internationella jämförelser. Till skillnad från huvudindikatorn redovisas alltså enbart de patienter som sjukhusvårdats och för en kortare uppföljningsperiod med åldersavgränsningen 45 år och äldre. Resultaten visar att Sverige är ett av de länder som har låg andel döda av de länder som har rapporterat uppgifter för 2015, även om enstaka länder visar upp ett bättre resultat än Sverige [31, 80].

Om relaterade mått och data

Via Socialstyrelsens webbplats kan andelen som dör inom 28 dagar jämföras, även enbart för kategorin personer som sjukhusvårdats. I Socialstyrelsens utvärdering av strokevård finns flera indikatorer och målnivåer [82].

Exempelvis *Rökstopp efter stroke* belyser sekundärpreventiv behandling, medan effekter på vård och omsorg kan belysas genom indikatorerna *ADL-oberoende* samt *Tillgodosett behov av stöd och hjälp efter utskrivning*. Mer information finns även på kvalitetsregistret Riksstrokes hemsida.

36. Dödlighet efter hjärtinfarkt

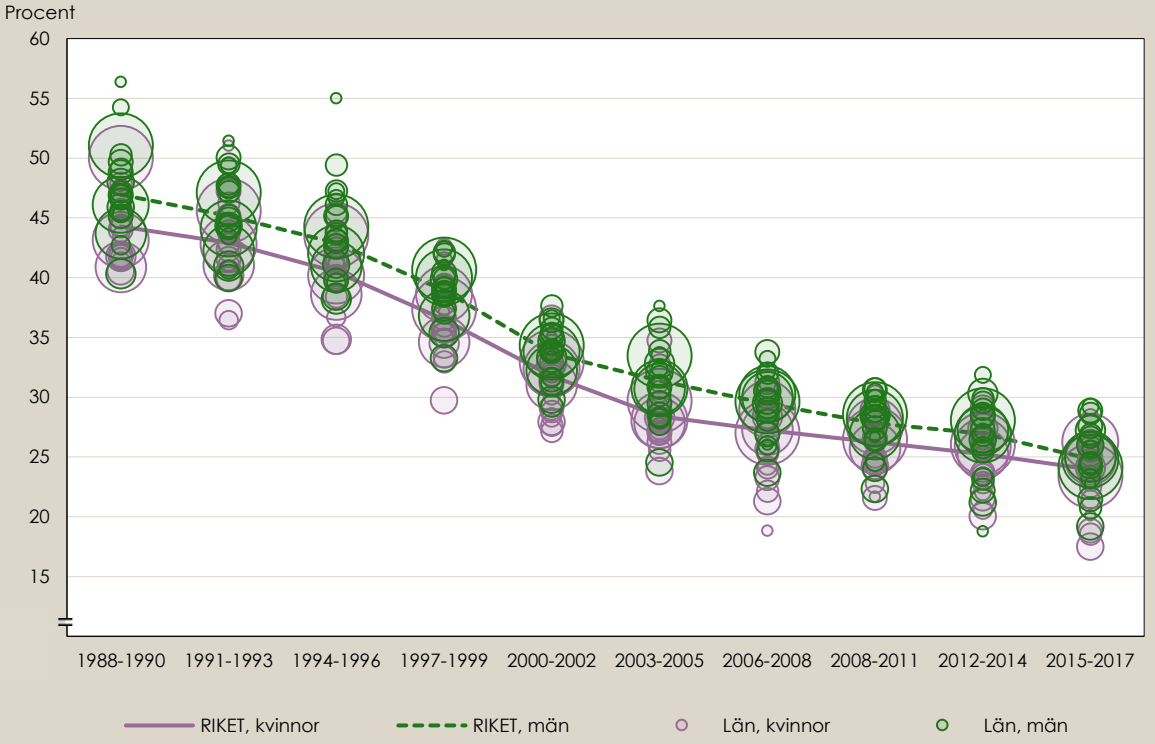
Risken att dö inom 28 dagar efter en hjärtinfarkt (letalitet eller *case fatality*) är en internationellt etablerad indikator på hur väl sjukvården klarar det akuta omhändertagandet efter hjärtinfarkt. Måttet mäter kvaliteten i hela vårdkedjan – från ambulansverksamheten till det akuta omhändertagandet och efterföljande vård.

Indikatorn visar andelen personer med hjärtinfarkt som dött inom 28 dagar av alla som drabbats av hjärtinfarkt. Som hjärtinfarkt räknas alla med diagnos för hjärtinfarkt i dödsorsaksregistret eller patientregistrets slutenvårdsdel. Därmed ingår både de fall som sjukhusvårdades initialt och de som dog med dödsorsaken akut hjärtinfarkt utan att ha vårdats vid sjukhus.

Värdena för riket har kontinuerligt förbättrats sedan 1988–1990 och för den senaste mätperioden är värdet för första gången under 25 procent – för både kvinnor och män. Män har en liten men tydligt högre åldersstandardiserad andel som dör inom 28 dagar även om skillnaden mellan könen har minskat och är för 2015–2017 under en procentenhet.

36.1. Dödlighet efter hjärtinfarkt

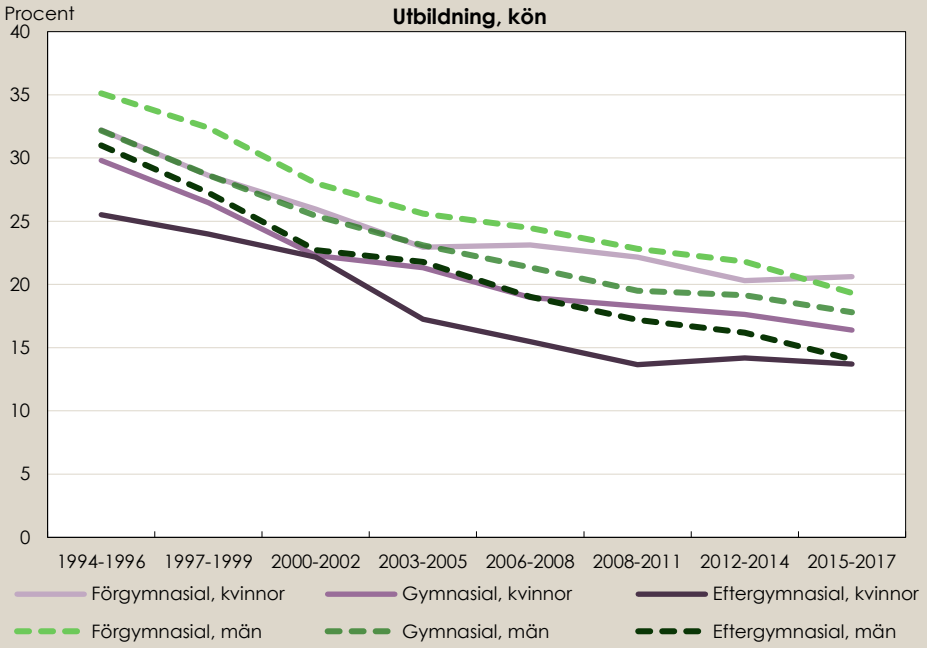
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Skillnaden i dödlighet efter hjärtinfarkt är större mellan utbildningsgrupper än mellan könen. Bland både kvinnor och män med endast förgymnasial utbildning avled omkring 20 procent inom 28 dagar 2015–2017 medan andelen bland båda könen för personer med eftergymnasial utbildning är 14 procent.

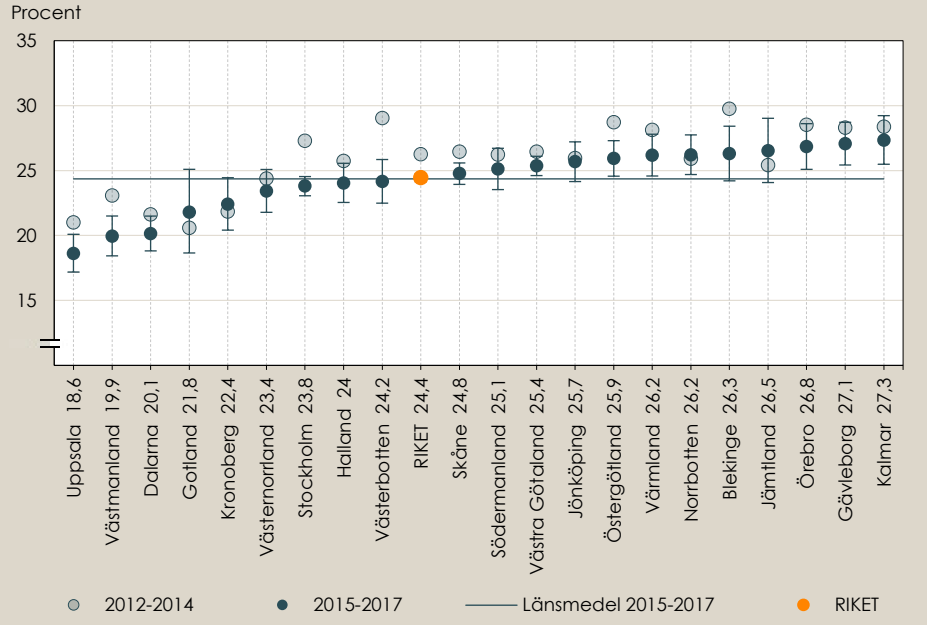
36.2. Dödlighet efter hjärtinfarkt
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden, 35–79 år.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Mellan länen med högst respektive lägst åldersstandardiserad dödlighet skiljer det 10 procentenheter för perioden 2015–2017. I de allra flesta län har värdena förbättrats mellan de två senaste mätperioderna och i de län där värdet var sämre är förändringen liten och inom konfidensintervallen vilket innebär att det inte är tydliga tecken på försämrad kvalitet utan ryms inom området för en naturlig variation i utfallet.

36.3. Dödlighet efter hjärtinfarkt
Andel döda inom 28 dagar efter hjärtinfarkt. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Variationer mellan landstingen kan bero på flera olika orsaker. Exempelvis påverkar tillförlitligheten i diagnossättning samt olika sociala faktorer. Dessutom påverkar annan samtidig sjuklighet samt befolkningens benägenhet att söka vård. Direkt sjukvårdsrelaterade faktorer kan vara avstånd till akutsjukhus, ambulansverksamhetens effektivitet och det akuta omhändertagandet på sjukhus. Hälso- och sjukvården kan förbättra hjärtsjukvården genom att exempelvis öka andelen som får reperfusionsbehandling vid hjärtinfarkt med ST-höjning och genom att korta tiden mellan första EKG och start av reperfusionsbehandling hos patienter med ST-höjningsinfarkt [60].

En felkälla är att andelen obducerade bland äldre, icke sjukhusvårdade är låg. Där kan osäkerheten i diagnossättning vid fastställande av dödsorsak vara större. Det är ändå viktigt att ta med dessa dödsfall i måttet, eftersom de påtagligt påverkar dödligheten och sammansättningen av de patienter som sjukhusvårdats.

Inom OECD:s jämförelser används ett mått som enbart avser dem som hann skrivas in vid sjukhus. Andelen bland dessa som avlider inom 30 dagar efter akut hjärtinfarkt är låg i Sverige i jämförelse med andra länder i EU. Sverige är även ett av de länderna med lägst skillnad mellan olika sjukhus, mycket mindre än i exempelvis Italien och Danmark som var de två länder som hade ett något bättre genomsnittligt resultat än Sverige 2013–2015 [31, 66].

Om relaterade mått och data

Indikatorn *Dödlighet efter sjukhusvårdad hjärtinfarkt* utgör en delmängd av de personer som redovisas här. Indikatorerna som berör överlevnad för personer som drabbats av infarkt relaterar till den breda indikatorn *Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom*, som utöver överlevnaden efter insjuknande även påverkas av sjukdomsförekomsten i befolkningen. Indikatorn *Ny infarkt eller död i ischemisk hjärtsjukdom* följer patienten 365 dagar efter utskrivning. Socialstyrelsen följer även upp hjärtsjukvården med en rad andra indikatorer.

Dessutom finns mer data tillgängliga via kvalitetsregistret Swedeheart, bland annat ett index för hjärtinfarktvård där flera processmått samt resultatmått för sekundärprevention ingår.

37. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

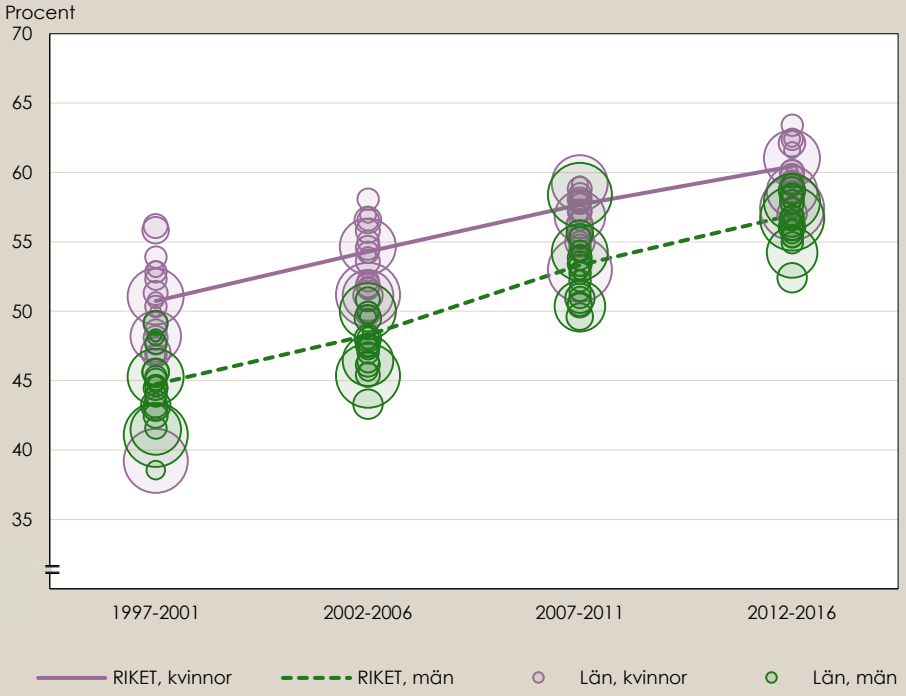
Dödligheten i cancer har sjunkit under de senaste 40 åren och överlevnaden efter diagnosen har ökat. Dessa förbättringar beror bland annat på att vården har fått bättre möjligheter att ställa en tidig diagnos och att erbjuda effektivare behandlingar.

Högst överlevnad har patienter med prostatacancer, bröstcancer eller hudcancer som inte är malignt melanom, och dessa cancertyper ingår inte i indikatorn. Jämfört med att inkludera alla tumörlägen är nivån cirka tio procentenheter lägre. Generellt har överlevnaden utvecklats positivt för merparten av områdena inom cancervården. Den positiva utvecklingen tyder på att den nationella cancerstrategin har haft effekt [85].

Indikatorn mäter relativ överlevnad fem år efter cancersjukdom, exklusive bröstcancer, prostatacancer och hudcancer som inte är malignt melanom för personer som var mellan 30 och 89 år när sjukdomen upptäcktes. För 2012–2016 ligger andelen bland kvinnor på drygt 60 procent och bland män överlever nästan 57 procent 5 år efter att de fått en cancerdiagnos med någon av de former som ingår i måttet. Överlevnaden har ökat kontinuerligt för både män och kvinnor, vilket framgår av diagram 37.1.

37.1. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.

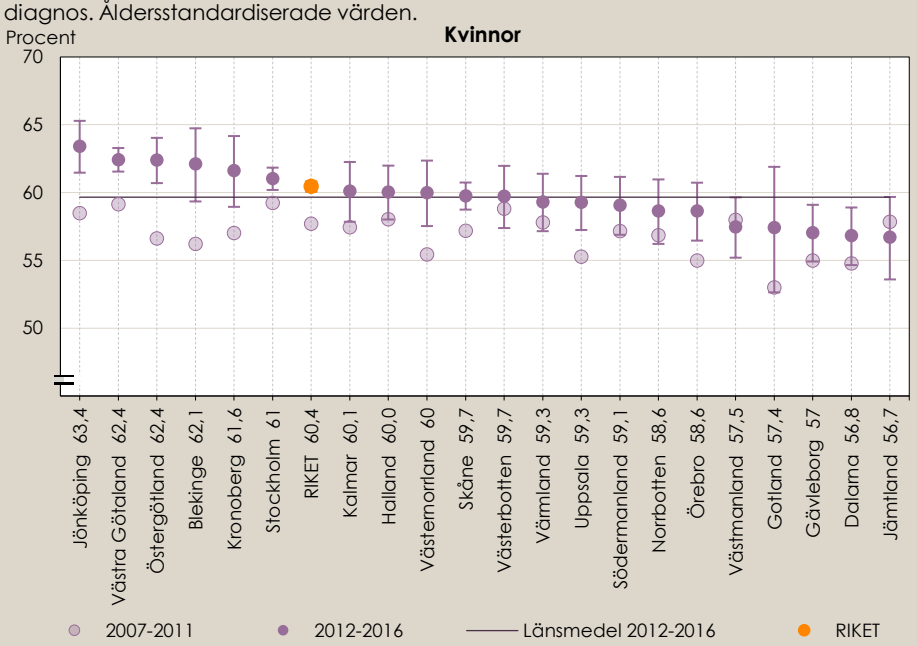


Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

För kvinnor varierade värdet mellan länen från knappt 57 upp till drygt 63 procent för perioden 2012–2016. Bland män varierar femårsöverlevnaden från drygt 52 till 59 procent. För både män och kvinnor syns förbättringar för de flesta av länen mellan perioderna.

37.2. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

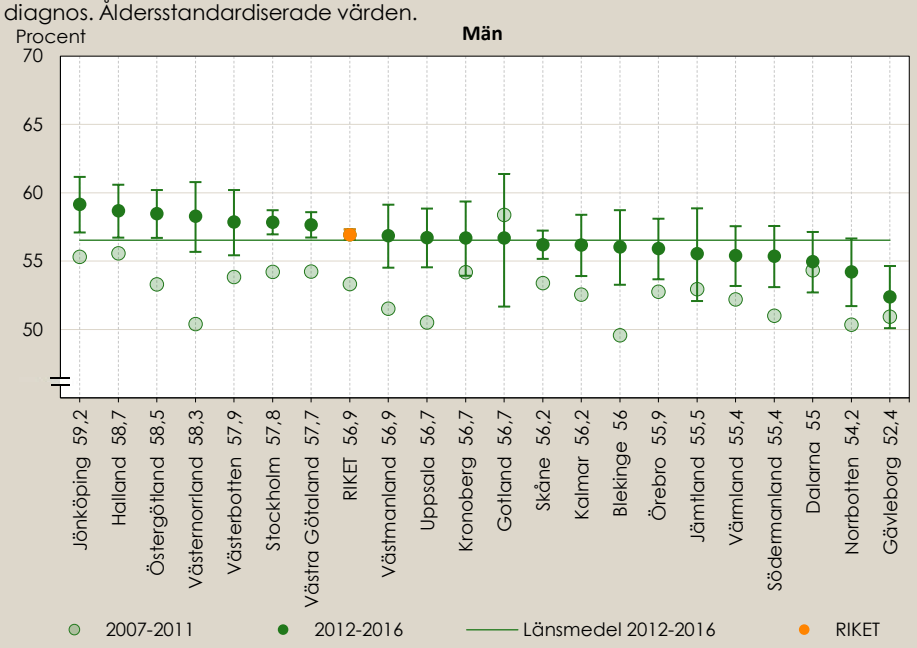
Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

37.3. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom. Avser patienter 30-89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Cancerregistret, Socialstyrelsen.

Om relaterade mått och data

Socialstyrelsen redovisar relativ överlevnad för olika cancerformer via Socialstyrelsens webbplats. Dessutom publiceras indikatorer med resultat och processer inom cancerområdet i *Vården i Siffror*.

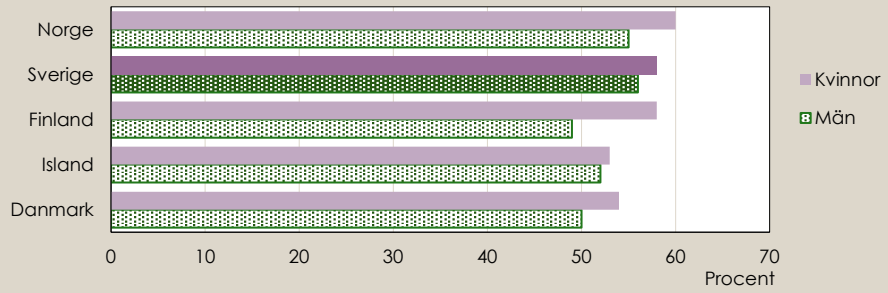
Svenska män har högst canceröverlevnad i Norden

Jämförelserna mellan länderna i Norden bygger på data från *NordCan*. Måttet som presenteras i diagram E.11 har samma avgränsning som huvudindikatorn vad gäller tumörlägen men inte den nedre åldersavgränsningen till 30 år. Bland länderna i Norden ligger svenska mäns relativa femårsöverlevnad högst bland länderna med ett värde på 56 procent 2011–2015.

Även svenska kvinnor har en hög relativ femårsöverlevnad jämfört med andra nordiska länder. Andelen för finska och svenska kvinnor ligger på 58 procent för åren 2011–2015. Det enda land i Norden med högre relativ femårsöverlevnad hos kvinnor är Norge med 60 procent.

E.11. Länder. Femårsöverlevnad cancer – flera cancerformer

Relativ 5-årsöverlevnad vid cancersjukdom, samtliga tumörlägen utom bröst-, prostata- och annan hudcancer än malignt melanom, 2011–2015. Avser patienter 0–89 år vid tiden för diagnos. Åldersstandardiserade värden. Sorterat efter medelvärdet för könen.



Källa: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries (NORDCAN).

38. Dödlighet efter höftfraktur

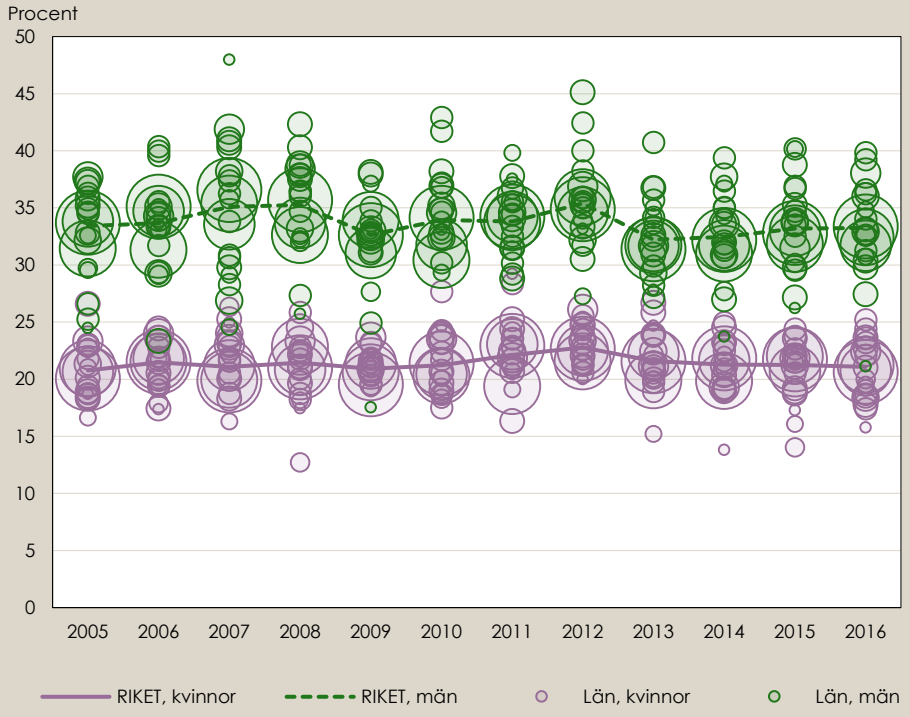
Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med benskörhet. Höftfrakturer leder ofta till försämrad livskvalitet, bland annat till följd av försämrad gångförmåga. Detta kan göra det svårt för en person att återgå till eget boende och även påverka det sociala livet negativt. Därutöver är dödligheten inom det första året efter höftfraktur hög [18].

Indikatorn visar andelen patienter som är 50 år och äldre som dog inom 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur. Förstagångshöftfraktur avser här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. De höftfrakturer som inkluderats i måttet är i de flesta fall relaterade till benskörhet.

Bland dem med en höftfraktur under perioden 2014–2016 var den åldersstandardiserade dödligheten drygt 21 procent för kvinnor och 33 procent för män, antalsmässigt dog dock fler kvinnor eftersom två tredjedelar av de som råkar ut för höftfraktur och ingår i måttet är kvinnor. I diagram 38.1 framgår att nivån har varit ungefär den samma för de redovisade åren.

38.1. Dödlighet efter höftfraktur

Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

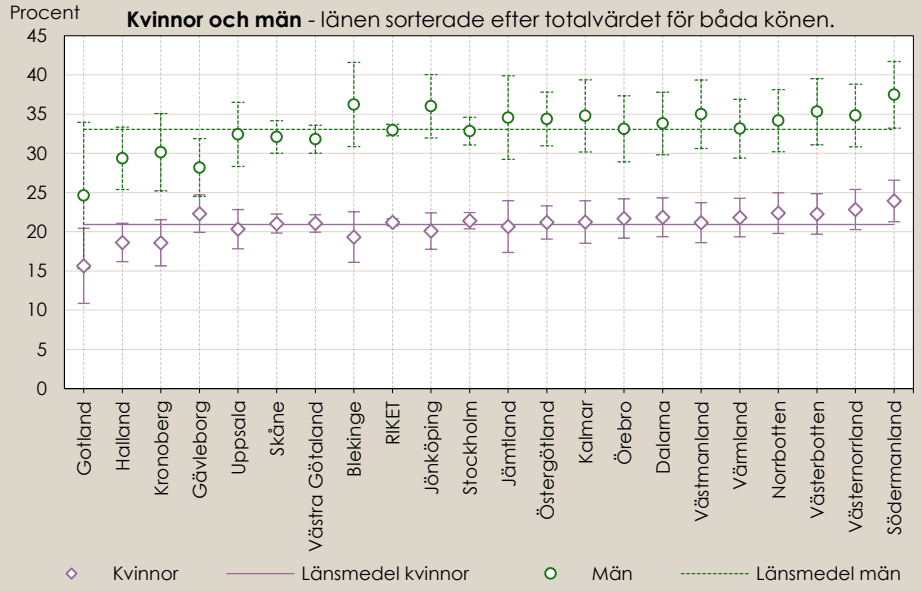


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Även på länsnivå är skillnaden mellan kvinnor och män genomgående men ingen tydlig skillnad mellan olika läns resultat för respektive kön kan ses då konfidensintervallen i de flesta fall överlappar varandra.

38.2. Dödlighet efter höftfraktur

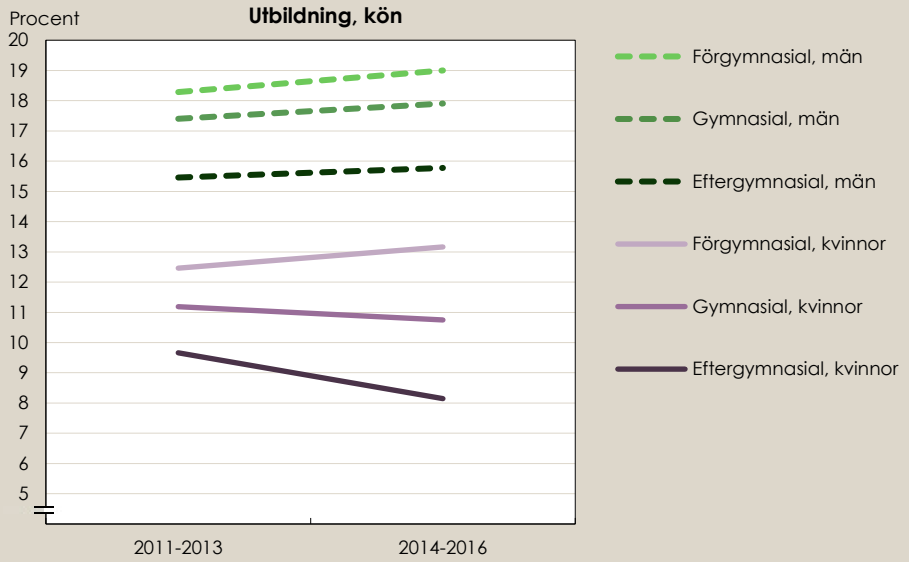
Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden, 2014-2016.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Utöver den tydliga skillnaden mellan män och kvinnor finns även ett konsekvent mönster för respektive kön när det gäller skillnader mellan utbildningsnivåer, där kortare utbildning hänger samman med högre dödlighet. Utvecklingen mellan mätperioderna förstärker också detta mönster, framförallt bland kvinnorna.

38.3. Dödlighet efter höftfraktur
Andel döda inom 365 dagar efter förstagångshöftfraktur. Avser personer 50-79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Dödligheten inom 365 dagar fångar bland annat operationskvalitet och vårdkvalitet i den postoperativa fasen (första månaden) men också effekter av rehabilitering och sekundärprevention efter en höftfraktur.

Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett bra första omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Instrumentet FRAX (*fracture risk assessment tool*) är framtaget för att bedöma frakturrisk. Hälso- och sjukvården bör i högre grad utreda benskörhet samt fallrisk hos främst äldre personer. Utöver detta bör verksamheterna behandla fler personer med hög risk för frakturer med benspecifika läkemedel enligt Socialstyrelsens riktlinjer [18]. Dessutom kan kommunernas hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende förebygga risken för fall och frakturer.

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens utvärdering av nationella riktlinjer av rörelseorganens sjukdomar redovisas relaterade indikatorer så som *Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur* och *Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur*. Indikatorerna *Fallskador bland äldre* och *Frakturer på lår och höft* presenteras även på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. I kvalitetsregistret Rikshöft finns bland annat indikatorn *Väntetid inför höftfrakturoperation*.

39. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

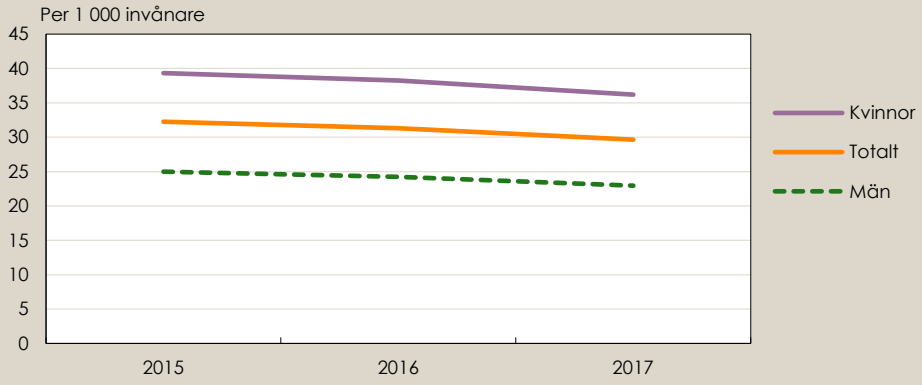
Psykofarmaka är en vanlig behandlingsform i samband med psykisk ohälsa och används inom såväl öppen- som slutenvården. Godkända läkemedel för kortvarig behandling av sjukliga ångesttillstånd och tillfälliga sömnstörningar är bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel. De används även för att behandla lindrigare former av oro och ångest. Psykofarmaka till vuxna förskrivs vanligtvis av allmänläkare och psykiatriker samt i viss utsträckning av invärtesmedicinare. Bensodiazepiner kan dock ge biverkningar, särskilt vid hög konsumtion och långvarigt bruk. De är dessutom narkotikaklassade och kan framkalla beroende och missbruksproblem. Det är därför viktigt att inte förskriva dessa läkemedel under längre perioder, utan noggrant övervägande [86]. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom anges att behandling med bensodiazepiner inte bör erbjudas överhuvudtaget vid generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi och akut stressyndrom eller post-traumatiskt stressyndrom [87].

Indikatorn visar antalet långvariga användare av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel i åldrarna 20–79 år per 1 000 invånare. Med långvariga användare avses här individer som i genomsnitt konsumerar minst en halv definierad dygnsdos (DDD) per dag under ett år. I sammanhanget bör påpekas att det i dagsläget inte finns någon fastställd rekommenderad nivå för hur denna konsumtion bör se ut.

Det långvariga användandet av bensodiazepiner minskade något i riket under 2015–2017. Men skillnaderna mellan könen, landsting, kommuner och olika utbildningsgrupper är fortsatt stora och tydliga.

39.1. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal personer med regelbunden användning, (≥ 0,5 DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden.

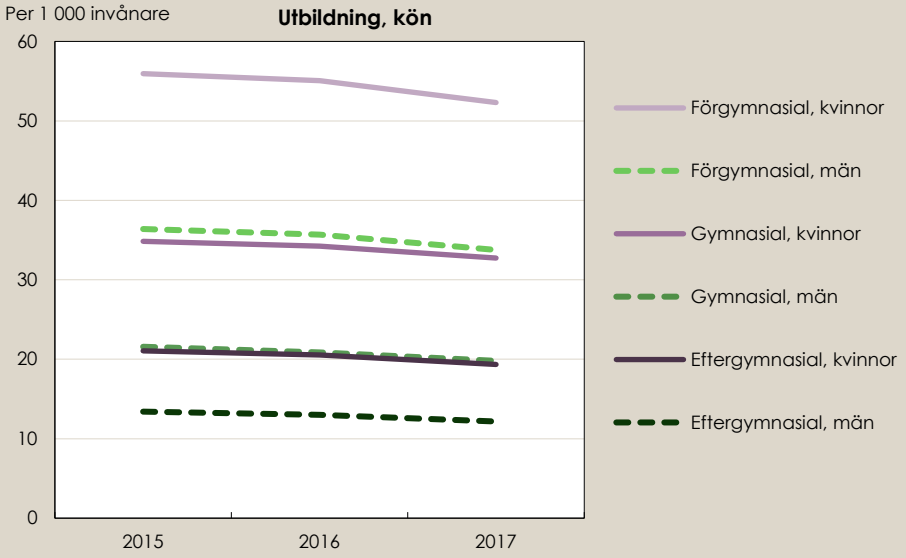


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Förekomsten av långvarig behandling som kan leda till beroende är mer än fyra gånger så stor bland kvinnor med högst förgymnasial utbildning jämfört med för bland män med eftergymnasial utbildning. Jämförelsen mellan utbildningsgrupper avgränsas till 30–64 år.

39.2. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel

Antal personer med regelbunden användning, (≥ 0,5 DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 30-64 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

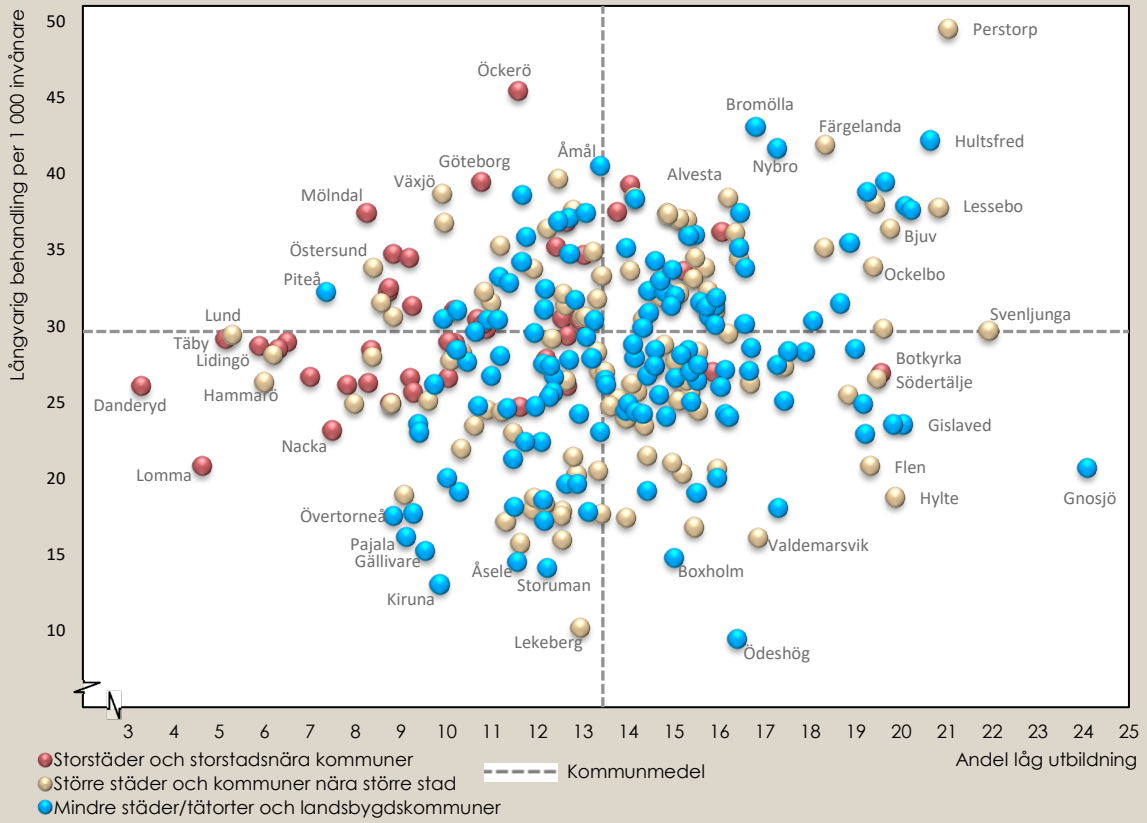
Resultatet visar också att den långvariga användningen i åldern 20–79 år varierar rejält mellan olika landsting och kommuner.

I diagram 39.3 redovisas kommunernas värden för indikatorn på den vertikala axeln och andelen i befolkningen med högst förgymnasial utbildning på den horisontella axeln. En iakttagelse är att det tydliga mönstret för utbildningsnivåer på individnivå (diagram 39.2) knappt syns alls i diagrammet med kommuner. På kommunnivå är också samvariationen väldigt låg[5] mellan andelen av befolkningen med låg utbildning och förekomsten långvarig förskrivning av bensodiazepiner. Även om analysen kan göras mer omfattande, med exempelvis uppgifter på enhetsnivå så som vårdcentraler, indikerar detta att den observerade skillnaden mellan olika utbildningsgrupper inte förklarar skillnaden mellan olika kommuner. Även på länsnivå är variationen stor mellan 24 och 47 per 1 000 kvinnor och från 15 till 27 per 1 000 män (diagram 39.3).

Tidigare analys på länsnivå har också visat på låg samvariation mellan långvarig förskrivning och socioekonomiska förhållanden i länen. Viss samvariation visades med förekomst av psykisk ohälsa. Men skillnader i vårdens praxis att förskriva dessa läkemedel under lång tid kvarstår som en trolig viktigare förklaring [88]. Nedbrytningen på kommunnivå stärker det antagandet.

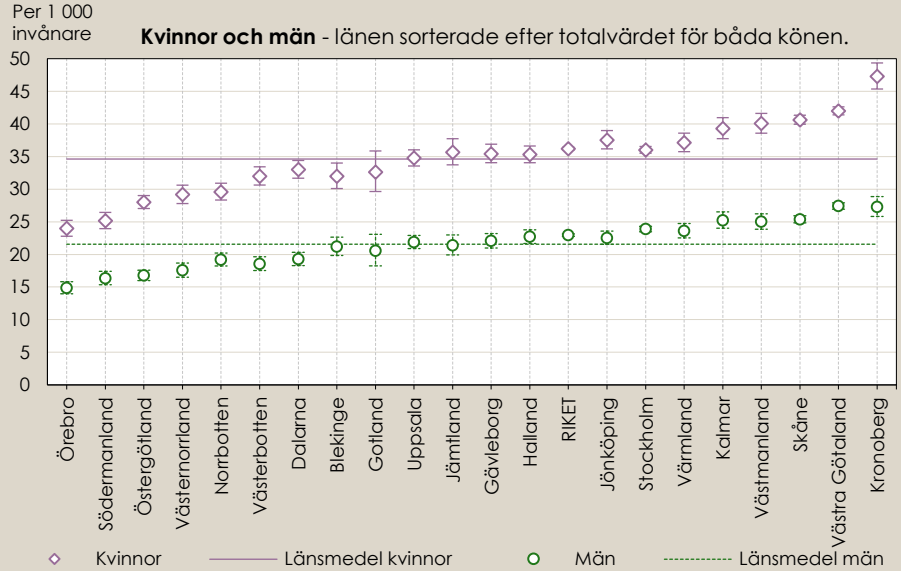
[5] Linjär korrelation enligt Pearsons korrelationskoefficient = 0,18

39.3. Kommuner. Långvarig behandling med bensodiazepiner och andel med låg utbildning
Antal personer med regelbunden användning av bensodiazepin/-liknande läkemedel, per 1 000 invånare 20-79 år. Åldersstandardiserade värden. Samt andel av befolkningen 25-64 år med högst förgymnasial utbildning, 2017.



Källa: SCB och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

39.3. Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel
Antal personer med regelbunden användning, (≥ 0,5 DDD/dag under ett år), av bensodiazepiner och bensodiazepinliknande läkemedel, per 1 000 invånare. Avser personer 20-79 år. Åldersstandardiserade värden, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

40. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

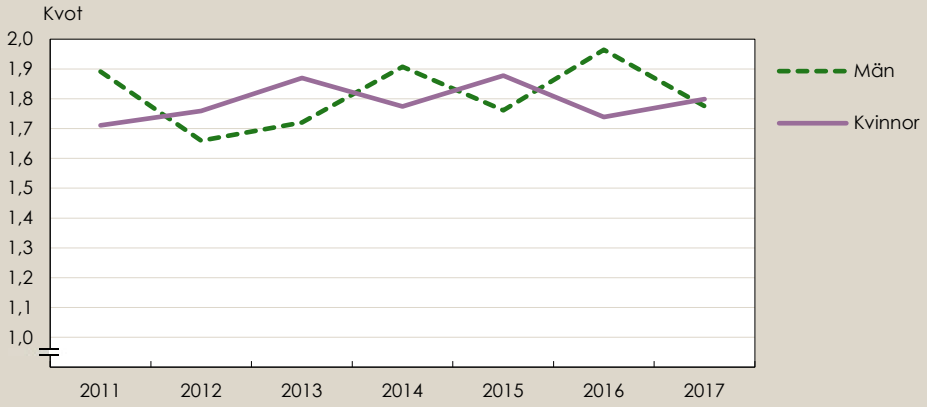
Bipolär sjukdom drabbar cirka 1–2 procent av befolkningen och är ungefär lika vanlig hos kvinnor som bland män. Det finns två former av bipolär sjukdom. Den ena karaktäriseras av förekomsten av maniska episoder och den andra karaktäriseras av episoder av förhöjt stämningsläge och överaktivitet, så kallad hypomani. Män har oftare maniska perioder medan kvinnor oftare lider av depression [89].

Indikatorn visar dödligheten bland personer 20 år och äldre med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen i allmänhet, värdena är åldersstandardiserade. Värdet 1 motsvarar befolkningens nivå och att ingen överdödlighet finns.

I riket som helhet 2017 var värdet för kvinnor med bipolär sjukdom 1,80 och för män 1,78, det finns dock ingen tydlig skillnad mellan könen då underlaget för enstaka år blir relativt litet och kvinnor och män ligger nära varandra.

40.1. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen

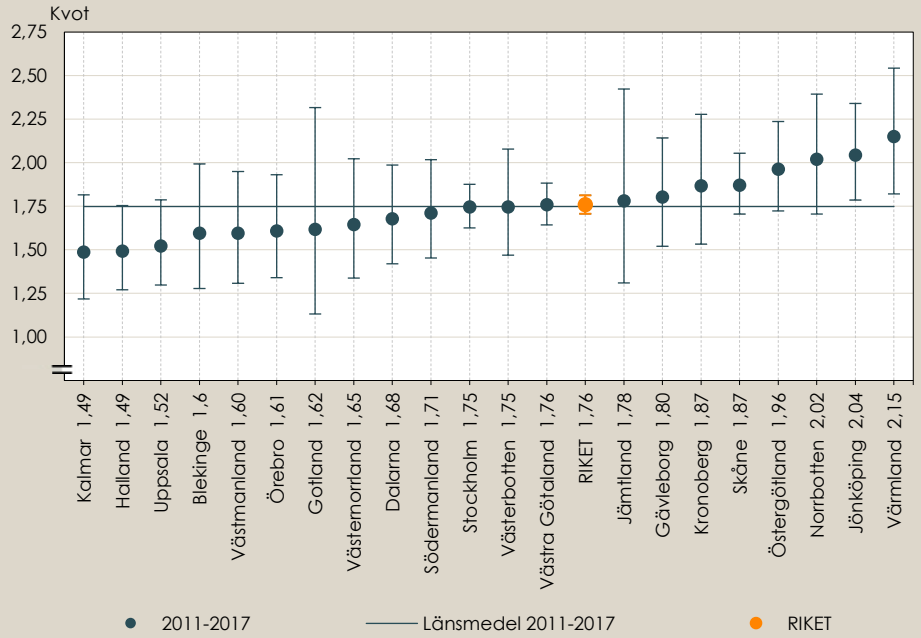


Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Samtliga län redovisar en överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom. Även om skillnaderna mellan utfallet i olika län är stort är underlaget är inte tillräckligt för att se de enskilda resultaten som några tydliga indikationer på varierande kvalitet i hälso- och sjukvården. Detta trots att mätperioden för dödsfallen i länsjämförelsen omfattar hela sex år.

40.2. Överdödlighet för vuxna patienter med bipolär sjukdom

Dödlighet bland personer med bipolär sjukdom jämfört med dödligheten i befolkningen. Värdet 1,0 motsvarar befolkningens nivå och innebär att ingen överdödlighet finns. Avser personer 20 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Bipolär sjukdom är förknippad med en ökad tidig dödlighet till följd av allmänna medicinska sjukdomar. Dödligheten i vissa somatiska sjukdomar har i studier visat sig vara betydligt högre bland patienter med bipolär spektrumstörning. Detta gäller till exempel hjärt-kärlsjukdomar, lungsjukdom samt sjukdomar i hjärnans blodkärl och hormonsjukdomar. Tidigare var den högre dödligheten bland personer med bipolär sjukdom kopplad till ett högre antal suicid och olyckor. I dag behandlas många personer med bipolär sjukdom med läkemedel som kan ge ökad risk för fetma och metabola syndrom. Det har bidragit till att orsakerna till den ökade dödligheten förändrats [90].

Överdödlighet för kvinnor med bipolär sjukdom i Sverige var relativt sett låg i jämförelser med de sju andra länder inom OECD som rapporterat uppgifter för indikatorn 2015, för män var Sveriges värde i nivå med andra länder utom Norge och Sydkorea som hade avsevärt högre rapporterad överdödlighet för män med bipolär sjukdom [66].

Om relaterade mått och data

publiceras även motsvarande indikator men för schizofreni: *Överdödlighet för vuxna patienter med schizofreni.*

41. Återkommande slutenvård i livets slutskede

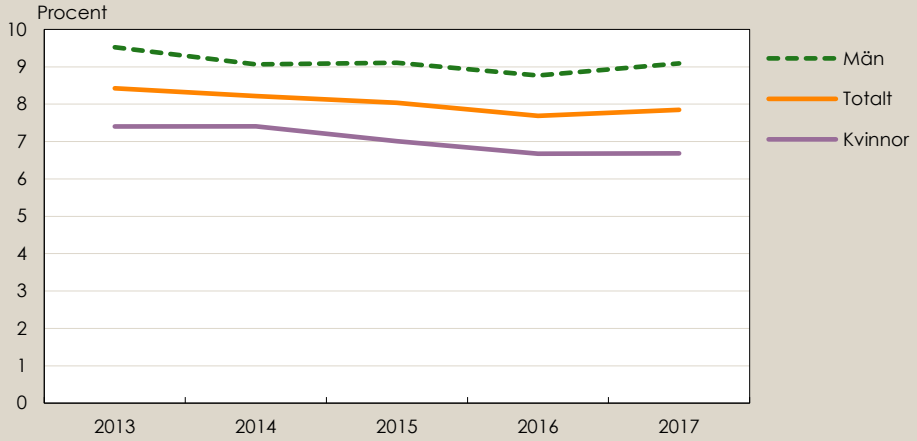
En stor del av de obotligt sjuka tillbringar sin sista tid på sjukhus, i en miljö som huvudsakligen är inriktad på korta vårdtider och kurativa åtgärder. Många äldre blir dessutom föremål för förflyttningar mellan slutenvård och hemsjukvård de sista två veckorna i livet, för att slutligen dö på sjukhus [91].

Det råder konsensus om att en person i livets slutskede inte ska behöva förflyttas i onödan. Indikatorn som visas här finns med i det nationella kunskapsstödet för palliativ vård i livets slutskede, och den avser att följa andelen döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista 30 dagarna i livet [92].

Som ny inskrivning räknas inskrivningar som inte sker från annat sjukhus eller annan klinik, eftersom indikatorn främst syftar till att mäta inskrivningar i den akutsomatiska vården. Indikatorn visar att strax under 8 procent av patienterna som dog 2017 hade varit inskrivna två eller flera gånger de sista 30 dagarna i livet. Sedan 2013 har andelen minskat något.

41.1 Återkommande slutenvård i livets slutskede

Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista dagarna i livet.

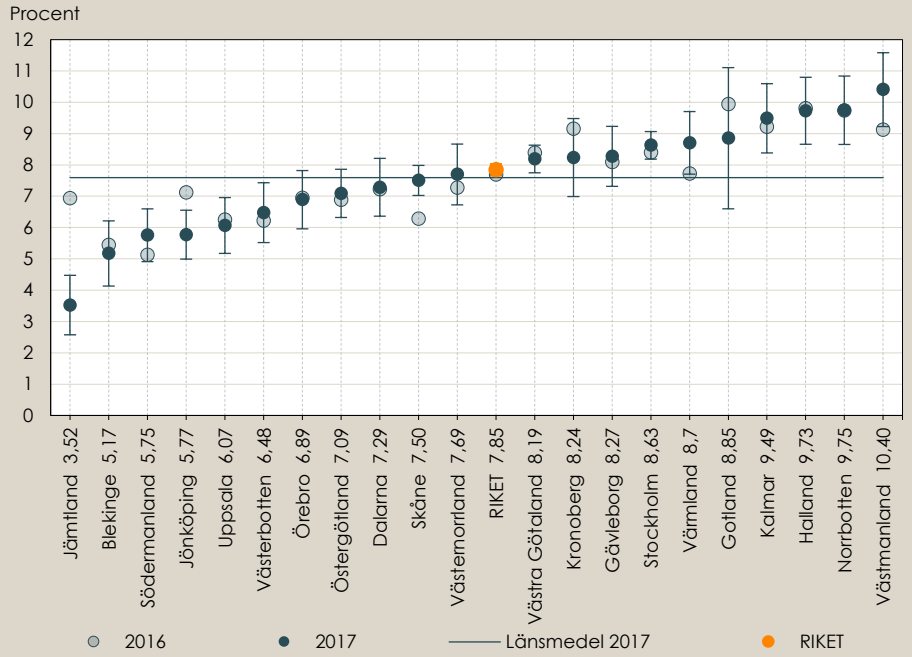


Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

När indikatorn används för jämförelser mellan länen så visar resultaten att andelen patienter som de sista 30 dagarna i livet hade två eller fler inskrivningar varierar mellan 3,5 och drygt 10 procent.

41.2. Återkommande slutenvård i livets slutskede

Andel döda med två eller fler inskrivningar i slutenvård de sista dagarna i livet.



Källa: Patientregistret och Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Samordning är en grundläggande förutsättning för en god palliativ vård. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska samordna sina olika insatser så att vården och omsorgen blir av god kvalitet för den enskilda patienten. Svårt sjuka personer är ofta särskilt beroende av god kontinuitet i vård och omsorg. Vid livshotande tillstånd ska en fast vårdkontakt utses och den fasta vårdkontakten ska vara legitimerad läkare. Inom kommunal hälso- och sjukvård ska den medicinskt ansvariga sjuksköterskan se till att det finns rutiner för att läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal kontaktas när en patients tillstånd kräver det [92].

Hälso- och sjukvården ska också ge information och samråda med patienten om olika behandlingsalternativ. Det är också viktigt att informationen anpassas efter personens förmåga att ta till sig det som sägs. I Socialstyrelsens senaste utvärdering från 2016 av den palliativa vården lyfts följande förbättringsområden:

- Erbjuda fortbildning till personal för att kunna ge en god palliativ vård.
- Erbjuda handledning till personal.
- Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få munhälsobedömning.
- Öka andelen personer med behov av palliativ vård i livets slutskede som smärtskattas.
- Fler personer med behov av palliativ vård i livets slutskede behöver få brytpunktssamtal.

- Samverka för att få en gemensam syn på processen för en god palliativ vård.
- Fler patienter behöver vård planeras tillsammans med samtliga aktörer för att vården ska vara patientsäker.
- Fler verksamheter behöver tillgång till palliativa rådgivningsteam.
- Fler verksamheter behöver erbjuda stöd till närstående.
- Fler verksamheter behöver ha rutiner för efterlevandesamtal.
- Säkerställ palliativ vård för barn och ungdomar genom att det finns rutiner för hur den palliativa vården ska ske [93].

Om relaterade mått och data

I Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd och utvärderingar för palliativ vård finns flera relaterade indikatorer. Dessutom presenteras data för indikatorerna *Brytpunktsamtal* samt *smärtskattning sista levnadsveckan* på kommunnivå i rapportserien *Öppna jämförelser – Vård och omsorg om äldre*. I Svenska Palliativregistret finns ytterligare relaterat material.

”Blir vi friskare och lever längre?”

Här redovisas indikatorer i form av breda mått för hälsoutfallet där kvaliteten i hälso- och sjukvården spelar roll men där utfallet även i hög grad påverkas av andra faktorer så som levnadsvanor, livsvillkor och levnadsförhållanden.

I den vetenskapliga litteraturen förekommer olika uppfattningar om i vilken mån hälso- och sjukvården bidrar till hälsan på befolkningsnivå i förhållande till andra förklaringsfaktorer. Sjukvårdens roll för hälsan är trots allt tydligare än vad motsvarande roll är för andra politikområden, exempelvis boende, arbetsmarknad eller utbildning. Huvuddelen av hälso- och sjukvårdens verksamhet syftar direkt till att förbättra människors livskvalitet genom att minska och förebygga ohälsa, inte minst hos personer med kroniska sjukdomar. Även om fokus ligger på enskilda individer menar flera forskare att hälso- och sjukvårdens aggregerade effekt på folkhälsan är betydande och att det finns en stor potential kvar. För olika medicinska behandlingar har också uppskattningar gjorts av deras påverkan på hälsan i befolkningen, till exempel i form av år med mindre besvär och bättre funktion per 100 000 invånare [94-96].

Hälsoutvecklingen i befolkningen har grundläggande betydelse för samhällsutvecklingen i stort och påverkar också behoven av hälso- och sjukvård. Medellivslängd och självskattat allmänt hälsotillstånd är två mått som ofta används för att övergripande beskriva hälsoläget.

42. Självskattat allmänt hälsotillstånd

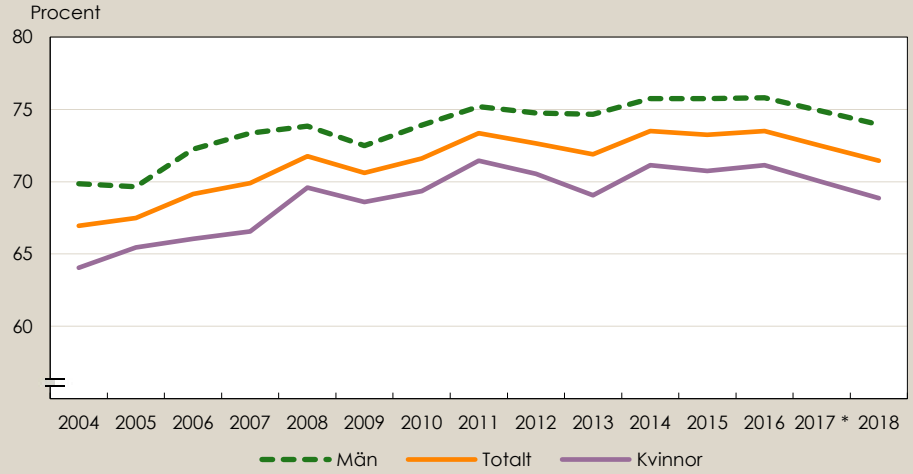
Hälsan är inte jämlikt fördelad i befolkningen. Befolkningens självskattade hälsa har följts sedan 1980 i SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF). Dessa undersökningar har visat att den självskattade hälsan tidigare har försämrats bland kvinnor med kort utbildning [97]. Ingen tydlig förbättring syns heller på senare tid för de med kortare utbildning i den nationella folkhälsoenkäten, *Hälsa på lika villkor*. Enkäten skickas numera ut vart annat år och 2017 gjordes därför ingen insamling.

I den här rapporten presenteras hur stor andel som svarat *”mycket bra”* eller *”bra”* på frågan *”Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?”* i den nationella folkhälsoenkäten.

Andelen med god självskattad hälsa ligger på drygt 71 procent 2018. Det är lägre än den senaste föregående mätningen som gjordes 2016 men en ökning jämfört med de tidigaste redovisade åren i diagram 42.1. En större andel män har under hela perioden uppgett det egna hälsotillståndet som bra eller mycket bra.

42.1. Självskattat allmänt hälsotillstånd

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



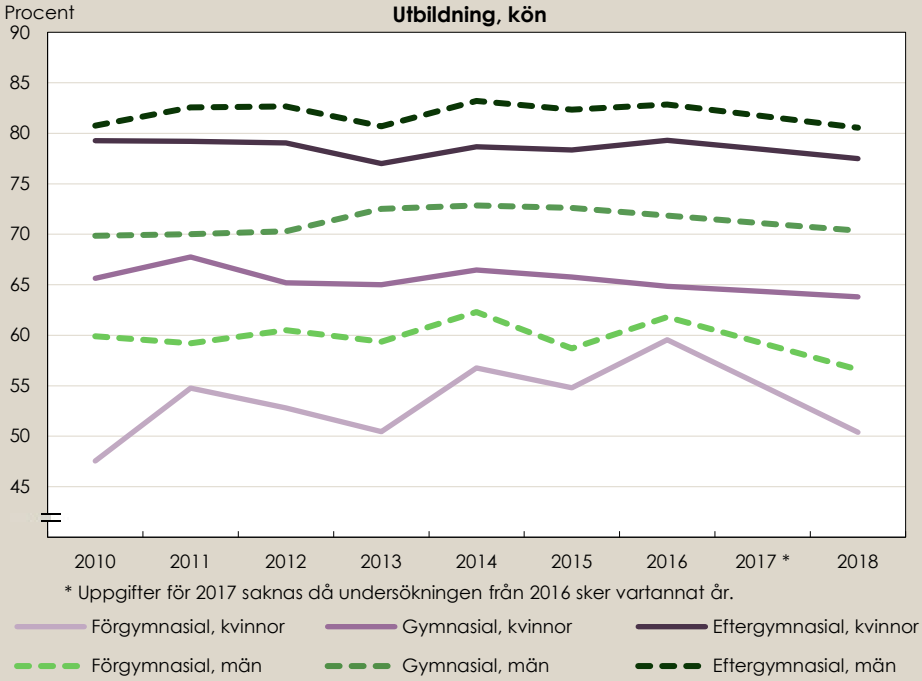
* Uppgifter för 2017 saknas då undersökningen från 2016 sker vartannat år.

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Det finns tydliga mönster för indikatorn där män oftare än kvinnor anger att det egna hälsotillståndet är bra eller mycket bra och personer med hög utbildningsnivå oftare anger att de har en god hälsa än vad de med kortare utbildning gör. Resultatet för 2018 förstärker detta mönster jämfört med 2016 eftersom minskningen är störst bland dem med enbart förgymnasial utbildning och särskilt bland kvinnor.

42.2. Självskattat allmänt hälsotillstånd

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 25–64 år.



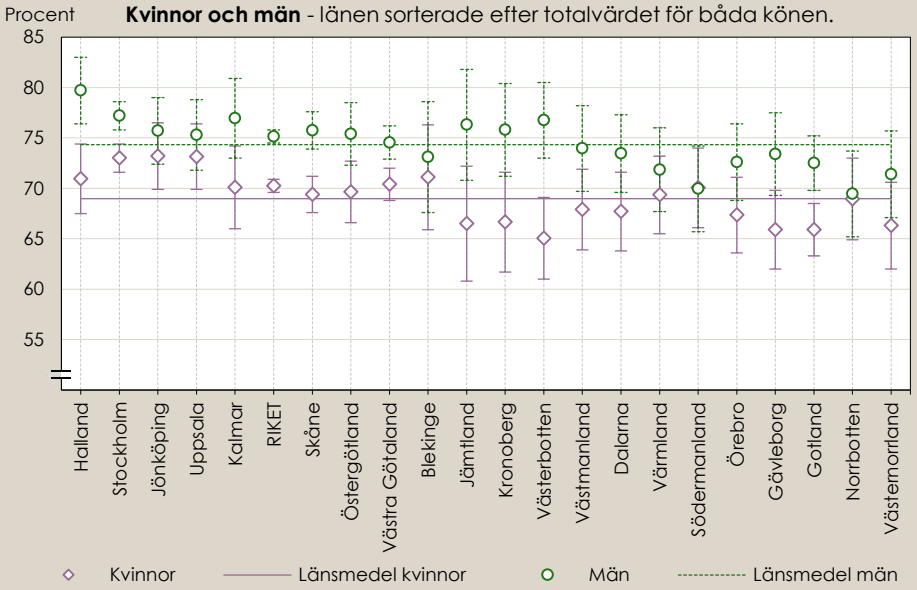
* Uppgifter för 2017 saknas då undersökningen från 2016 sker vartannat år.

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Länsjämförelsen avser ett samlat värde för undersökningarna 2015, 2016 och 2018 (eftersom ingen insamling förekom 2017). Mellan länen varierar andelen kvinnor som skattar sitt allmänna hälsotillstånd som bra från 65 till 73 procent. Männens värde varierar mellan drygt 69 och 80 procent. I samtliga län är de uppmätta värdena högre bland män än bland kvinnor.

42.3. Självskattat allmänt hälsotillstånd

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2015,2016,2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Förutsättningarna för hälsofrämjande livsmiljöer formas främst av regionala och lokala aktörer som länsstyrelser, landsting, kommuner och ideella organisationer. En viktig del i detta är att landsting och kommuner tillser invånarnas behov av sjukvård.

Om relaterade mått och data

Psykisk ohälsa

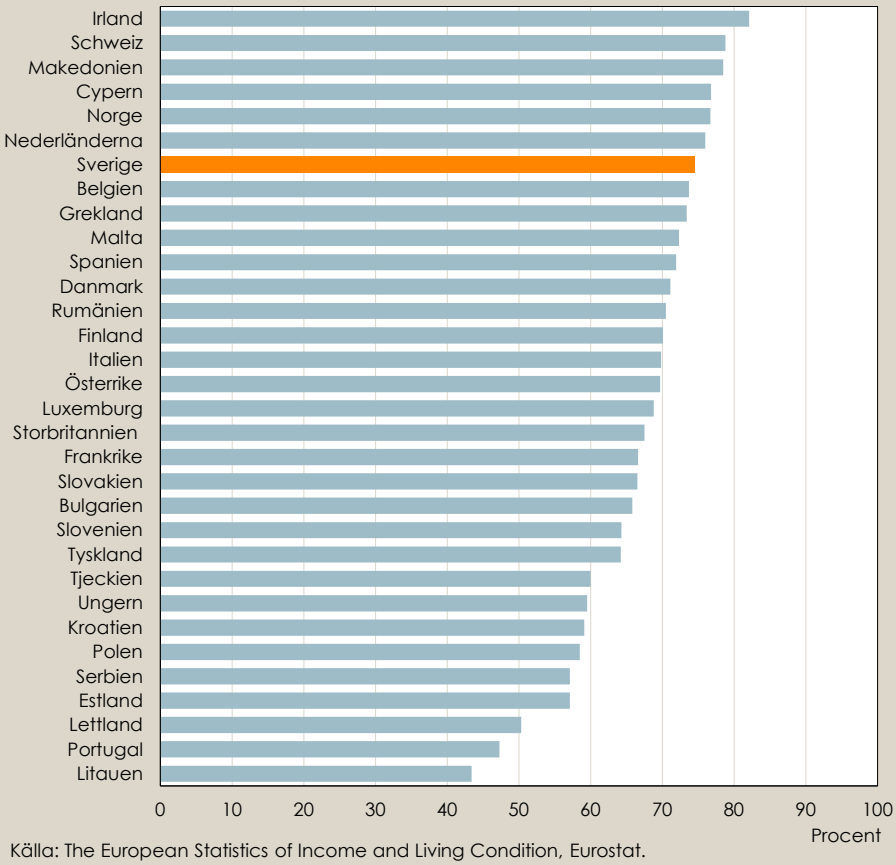
Kommuner och landsting har även ett särskilt ansvar för invånarnas psykiska hälsa, dels i verksamheter där de har kontakt med invånarna och dels som arbetsgivare när det gäller arbetsklimat och arbetsrelaterad stress. Den psykiska ohälsan i befolkningen mäts ofta genom enkät- eller intervjuundersökningar. Nedsatt psykiskt välbefinnande är ett omfattande folkhälsoproblem och flera olika undersökningar under 1990-talet visade kraftiga ökningar av den psykiska ohälsan bland unga och den ligger fortsatt på en hög nivå, i synnerhet bland barn och unga vuxna mätt som bland annat förekomsten av ängslan, oro och ångest och förskrivning av psykofarmaka [98-100].

Sveriges invånare skattar den egna hälsan som bra

Eurostat redovisar indikatorer för självskattad hälsa. I diagram E.12. redovisas Sverige i jämförelse med andra länder som rapporterat resultat till Eurostat för 2016. Andelen som svarat att hälsan är bra eller mycket bra varierar från drygt 43 procent i Litauen till drygt 82 procent i Irland. I Sverige var andelen knappt 75 procent vilket var det sjunde högsta värdet bland de redovisade länderna.

E.12. Länder. Självskattad hälsa

Andel i befolkningen som upplever den egna hälsan som bra eller mycket bra. Länder som rapporterat in data till Eurostat 2016. Länder med notering om brister i rapporteringen visas ej.



Källa: The European Statistics of Income and Living Condition, Eurostat.

Även OECD redovisar flera indikatorer för hälsostatus och bland dem självskattad hälsa [79]. En del av förklaringen till skillnaderna i självskattad hälsa mellan olika länder är kulturella, sociala och språkliga faktorer gällande hur man tolkar frågan och dess svarsalternativ, vilket måste beaktas i sammanhanget [101-104].

43. Egenrapporterad tandhälsa

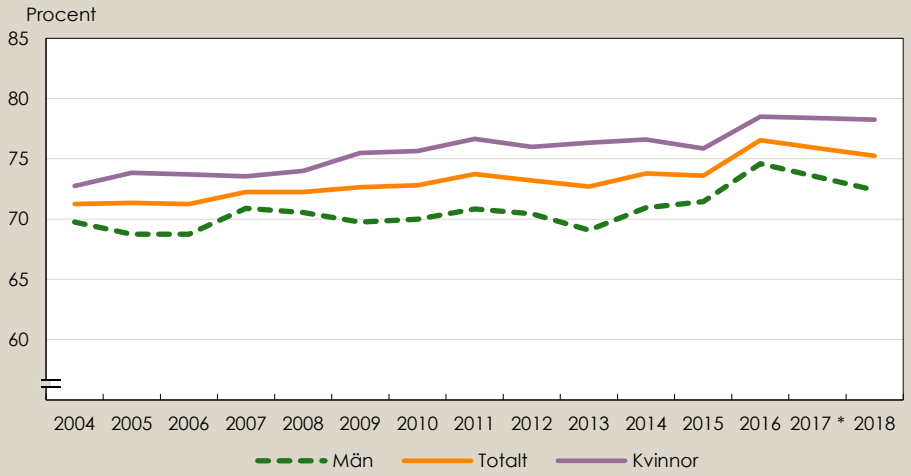
Tandhälsan utgör en viktig del av människors livskvalitet och välbefinnande. Kvaliteten på tänderna kan sägas ha ett dubbelt samband med kostvanorna, eftersom kosten påverkar tandhälsan och tandkvaliteten påverkar kostintaget. Inom det folkhälsopolitiska målområdet *Goda matvanor*, som antagits av riksdagen, framhålls vikten av en god tandhälsa för att människor ska kunna tillgodogöra sig mat. Det finns även sjukdomar där ett direkt samband med tandhälsan misstänks, exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, luftvägssjukdomar, cancersjukdomar och diabetes. Studier har också visat att tandlossningssjukdomar hos gravida kvinnor kan öka risken för att barnet får låg födelsevikt [105].

Tandhälsan utgör vanligen en god indikator på barns och ungas allmänna hälsotillstånd, eftersom tändernas hälsa är starkt förknippad med levnadsvanor, vårdkonsumtion, ekonomiska förutsättningar och kunskaper för att kunna behålla en god hälsa [106].

En större andel kvinnor än män uppger att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra och skillnaden mellan könen är cirka 6 procentenheter 2018. Totalt uppger 75 procent att den egna tandhälsan är ganska eller mycket bra.

43.1. Egenrapporterad tandhälsa

Andel som uppgivit att deras allmänna hälsotillstånd är bra eller mycket bra, 16–84 år.



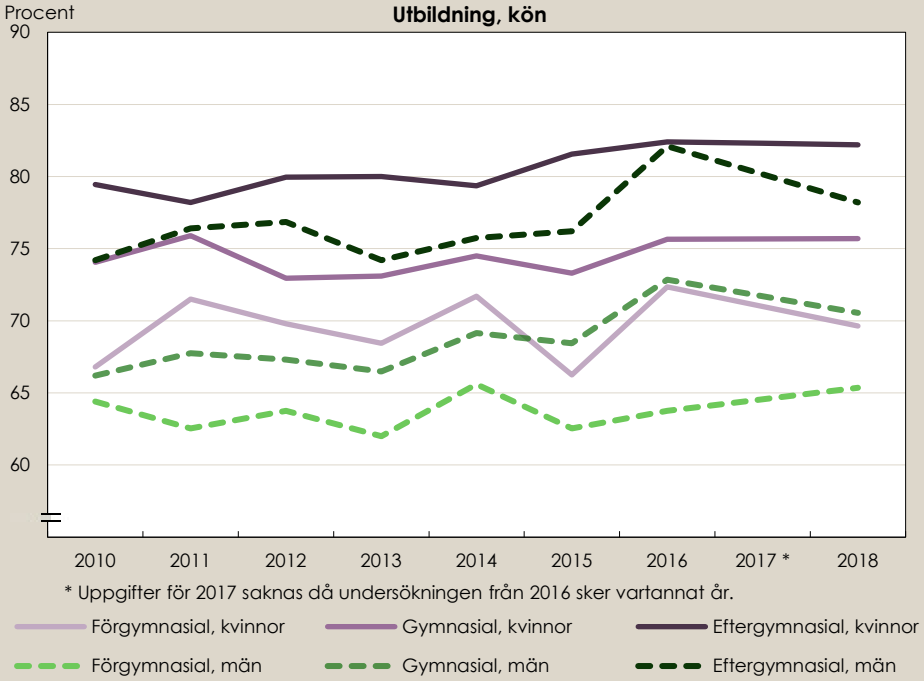
* Uppgifter för 2017 saknas då undersökningen från 2016 sker vartannat år.

Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Kvinnor har ett högre värde än män inom samtliga utbildningsgrupper 2010 till 2018. Men för respektive kön är utbildningsgradienten tydlig på så vis att de med högre utbildning i högre grad rapporterar god tandhälsa.

43.2. Egenrapporterad tandhälsa

Andel som uppgivit att deras tandhälsa är bra eller mycket bra, 25–84 år.

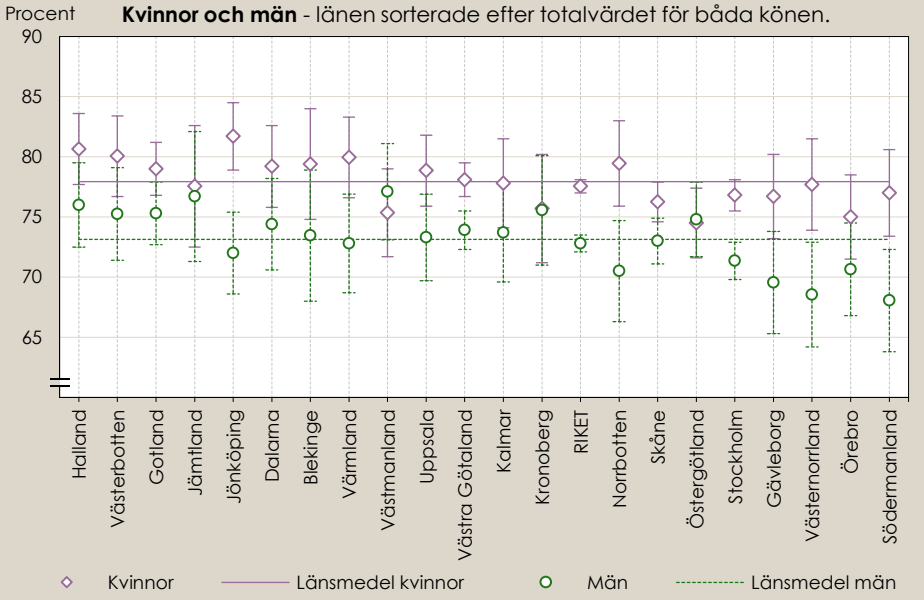


Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

I de flesta län uppger en större andel av kvinnorna sin tandhälsa som god jämfört med männen. Trots att underlaget från tre år används i länsjämförelsen syns inga tydliga skillnader mellan länen. För män respektive kvinnor överlappar länens konfidensintervall övriga läns intervall och länsmedlet.

43.3. Egenrapporterad tandhälsa

Andel som uppgivit att deras tandhälsa är bra eller mycket bra, 16–84 år, 2015,2016,2018.



Källa: Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten.

Alla i Sverige bör få en god tandvård. Det innebär bland annat att landstingen har ett särskilt ansvar när det gäller förebyggande arbete för en god mun- och tandhälsa, inte minst bland barn och ungdomar eftersom ungefär 85 procent av alla barn och ungdomar i allmäntandvården är patienter inom folktandvården [107].

Om relaterade mått och data

Den redovisade indikatorn innehåller uppgifter för vuxna men för att kunna arbeta förebyggande och med förbättringar är det viktigt att följa uppgifter även om barn och ungdomar. Socialstyrelsen redovisar exempelvis uppgifter om kariesfria barn vid 6 och 12 års ålder.

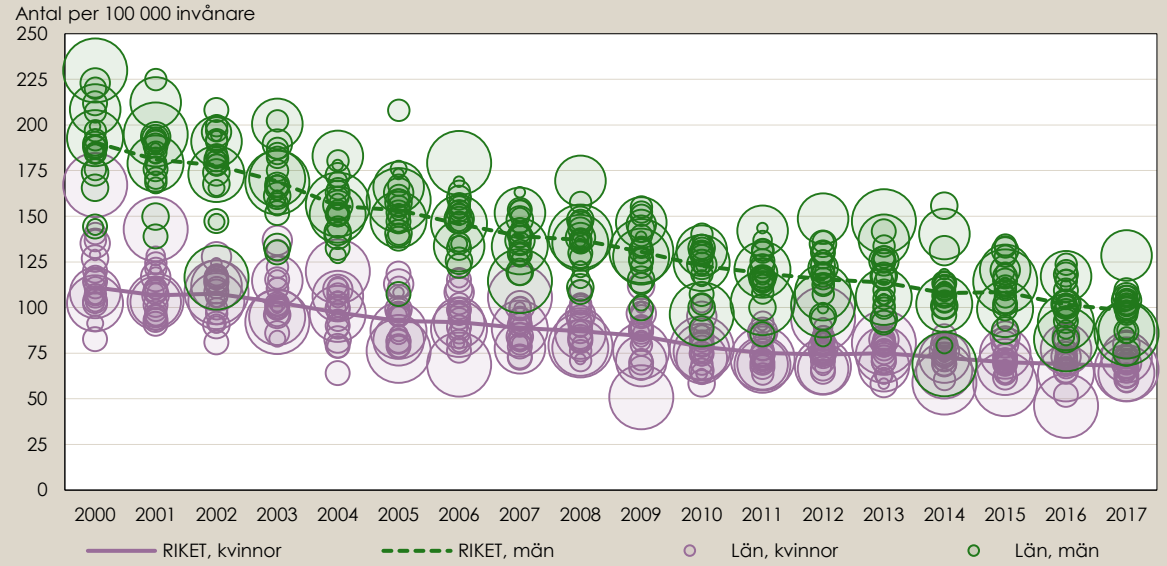
44. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat)

Indikatorn speglar förtida dödlighet i ett antal dödsorsaker relaterade till diagnoser som särskilt bedöms vara möjliga att påverka med medicinska insatser, tidig upptäckt och behandling. Urvalet av dessa orsaker följer det som Eurostat använder. Exempel på betydande dödsorsaker som ingår är hjärtinfarkt, stroke, diabetes, lunginflammation och olika typer av cancer speciellt tarmcancer och bröstcancer. Åldersavgränsningen är 0–74 för de flesta av dödsorsakerna men för exempelvis dödlighet orsakad av vården eller HIV/AIDS ingår alla åldrar, och för vissa diagnoser används en lägre åldersavgränsning. En stor skillnad mot tidigare redovisning i öppna jämförelser och för nordiska jämförelser av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet är att ischemisk hjärtsjukdom ingår i Eurostats mått vilket därmed också utgör den största komponenten. Totalt sett utgör dödsfall i de orsaker som täcks in av måttet knappt 32 procent av alla dödsfall innan 75 års ålder 2017. Denna andel har minskat över tid, till stor del tack vara en minskad dödlighet i hjärtinfarkt och stroke. Dödligheten ser olika ut för kvinnor och män för dessa stora komponenter. Män har exempelvis en tydligt högre förtida dödlighet ischemisk hjärtsjukdom och stroke medan nästan enbart kvinnor dör på grund av bröstcancer.

Sammantaget är värdet för män högre än för kvinnor. Den åldersstandardiserade dödligheten per 100 000 män 2017 var drygt 98, jämfört med knappt 69 för kvinnor. Även om det förekommer könsspecifika dödsorsaker går merparten av skillnaden att härleda till stora folksjukdomar där den åldersstandardiserade dödligheten är högre bland män. Under de år som visas i diagram 44.1 har dödligheten som fångas av indikatorn minskat med drygt 48 procent för män och knappt 39 procent för kvinnor.

44.1. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar (vanligen 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.

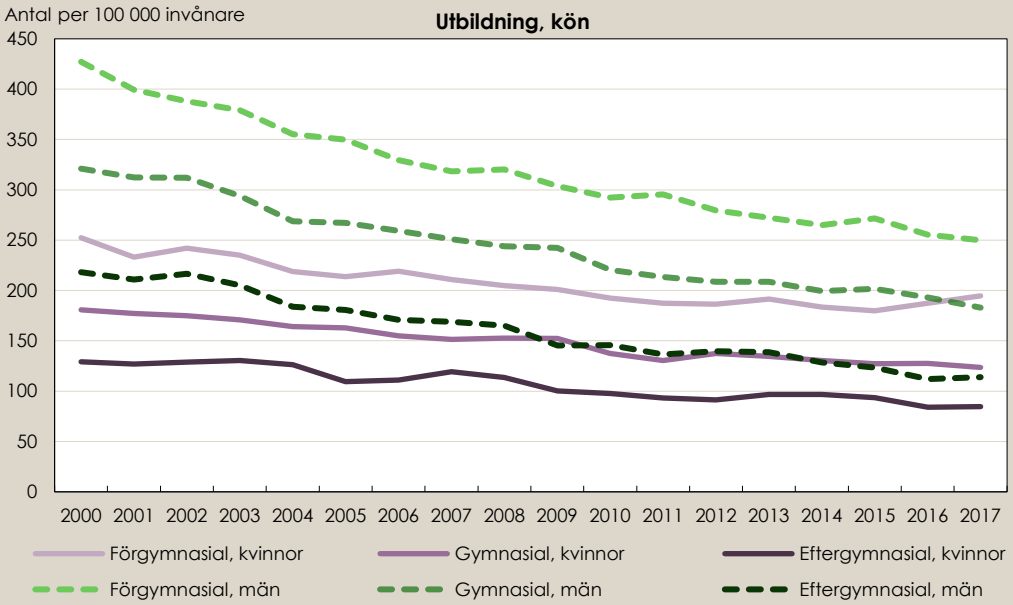


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För respektive kön finns ett tydligt mönster där den dödlighet som mäts med indikatorn är högre bland dem med kortare utbildning. Den grupp som har sämst värde är män med högst förgymnasial utbildning, men under perioden 2000–2017 har denna grupp haft störst förbättring. Männen har närmat sig kvinnornas värden inom respektive utbildningsgrupp.

44.2. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar – dödsfall per 100 000 invånare, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.

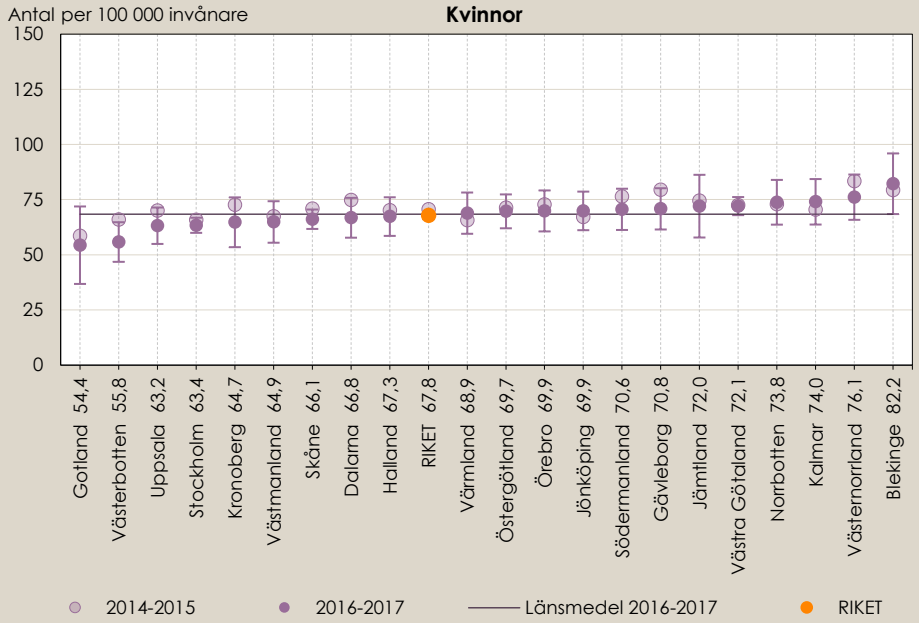


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Vad gäller kvinnor i olika län 2016–2017 är skillnaderna i utfallet inte så stora att de tydligt signalerar något utöver den naturliga variation som kan förväntas.

44.3. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)

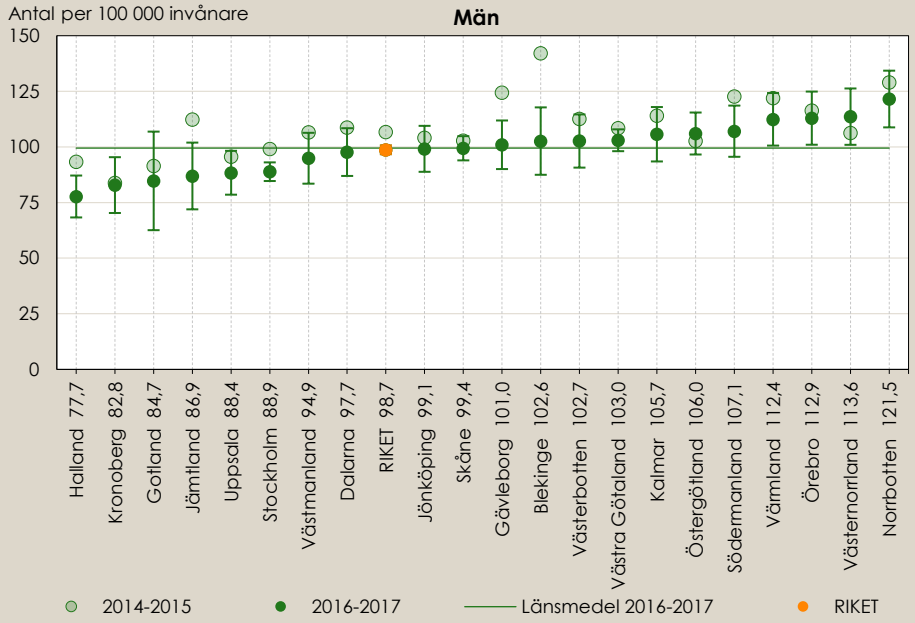
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar (vanligen 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Bland männen (diagram 44.4) är skillnaderna mellan länen mer påtaglig även om variationsvidden har minskat jämfört med föregående period. Gotland har lägst värde för kvinnor och Halland har lägst värde för män 2016–2017.

44.4. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (EUROSTAT)
Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet enligt EUROSTAT:s urval för orsaker och åldrar (vanligen 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Det är möjligt att analysera antalet döda för enskilda dödsorsaker i indikatorn för att få kunskap om vilka orsaker som relativt sett är vanligare regionalt och lokalt. Hälso- och sjukvården kan även analysera de åtgärder som sätts in för personer med dessa diagnoser och utöka det förebyggande arbetet för att minska antalet som drabbas.

Om relaterade mått och data

De flesta dödsfall i indikatorn gäller ischemisk hjärtsjukdom, stroke och vissa typer av cancer. Viktiga relaterade indikatorer är därför sådana som belyser dessa diagnosgrupper. Resultat för indikatorn *Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom* och *Åtgärdbar dödlighet i stroke* finns tillgängligt via Socialstyrelsens webbplats, där finns även uppgifter för den nordiska varianten av måttet som används tidigare i öppna jämförelser. Dödlighet i alla typer av orsaker, däribland olika cancerformer finns tillgängligt via Socialstyrelsens statistikdatabas. I statistikdatabasen kan dödsorsaker visas både åldersuppdelade och åldersstandardiserade efter län.

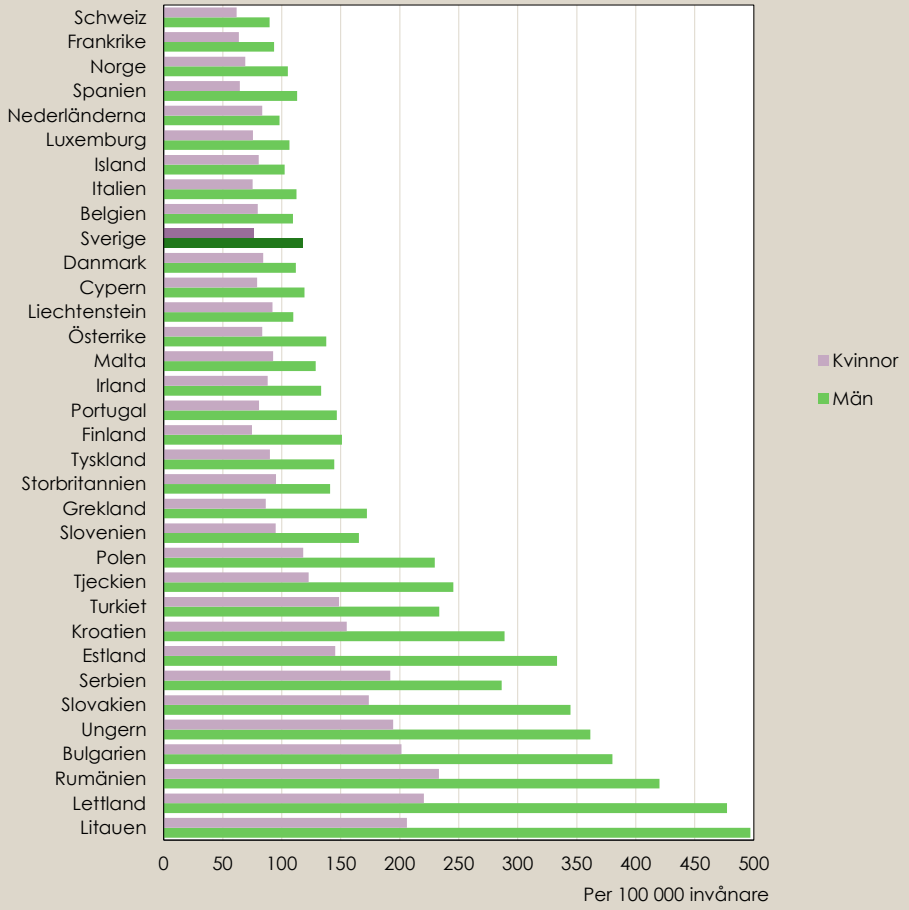
Låg sjukvårdsrelaterad dödlighet i Sverige

Eurostat gör jämförelser av åtgärdbara dödsfall mellan i första hand olika länder i EU men även länder som Turkiet och Schweiz ingår. Sverige finns bland länder med lägre förekomst av den typ av åtgärdbar dödlighet som relateras till hälso- och sjukvårdens kvalitet. Det fanns dock även länder med tydligt lägre värden än Sverige exempelvis Schweiz och Frankrike. I Sverige

var det åldersstandardiserade värdet knappt 97 per 100 000 invånare 2015. Drygt 76 för kvinnor och 118 för män.

E.13. Länder. Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet (Eurostat)

Sjukvårdsrelaterad åtgärdbarbar dödlighet enligt Eurostats urval för orsaker och åldrar (mestadels 0–74 år) – dödsfall per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardbefolkning, 2015. Länder som rapporterat värden till Eurostat. Sorterat efter totalvärdet för båda könen.



Källa: Eurostat.

Vanligtvis brukar internationella jämförelser av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet göras mellan länder med likartade förutsättningar vad gäller levnadsstandard och tillgängliga resurser. I ett omfattande samarbete har dock dödlighet i ett flertal sådana orsaker vägts samman och justerats för flera riskfaktorer för att öka jämförbarheten. Det sammanfattande måttet benämns *Healthcare Quality and Access (HAQ) Index* och jämförs mellan 195 länder och territorium. Resultatet från den senaste studien publicerades i tidskriften *The Lancet* 2018 och Sverige hade då det åttonde bästa resultatet [108].

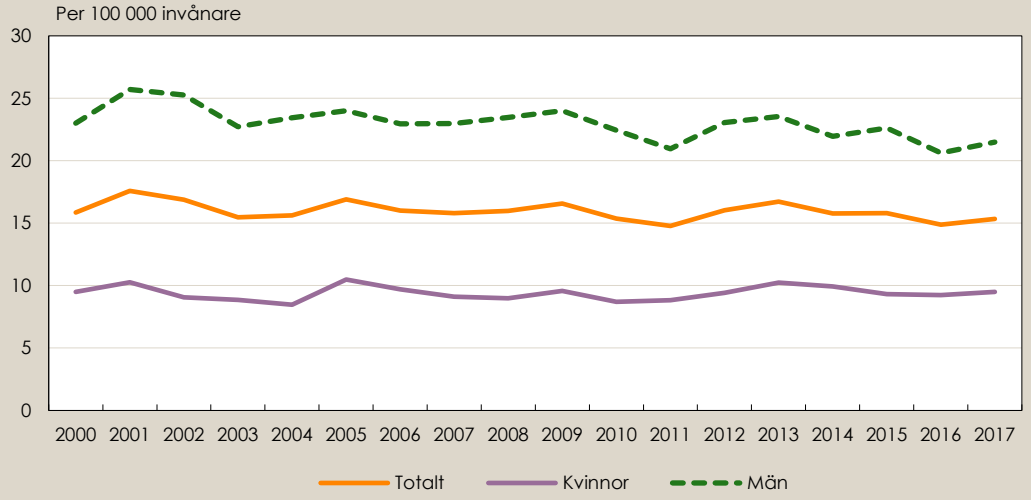
45. Suicid i befolkningen

För indikatorn *Suicid i befolkningen* redovisas åldersstandardiserade värden och antalet suicid är omräknat till antal per 100 000 invånare. Indikatorn utgörs både av konstaterade suicid samt dödsfall med oklar avsikt. Värdet för indikatorn är drygt 15 per 100 000 invånare för 2017. För män är värdet

drygt 21, jämfört med kvinnor där det är knappt 10. För de senaste 15 åren syns inte någon minskning av dödligheten.

45.1. Suicid i befolkningen

Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden.

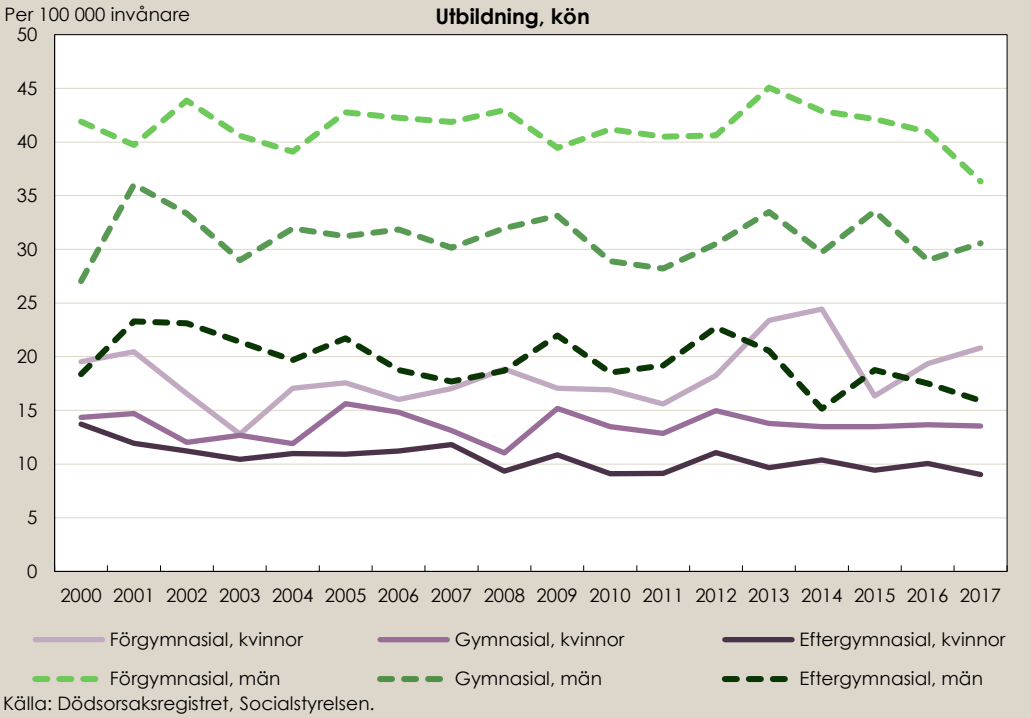


Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

För respektive kön finns ett tydligt mönster som visar att det är vanligare med suicid bland dem med kortare utbildning.

45.2. Suicid i befolkningen

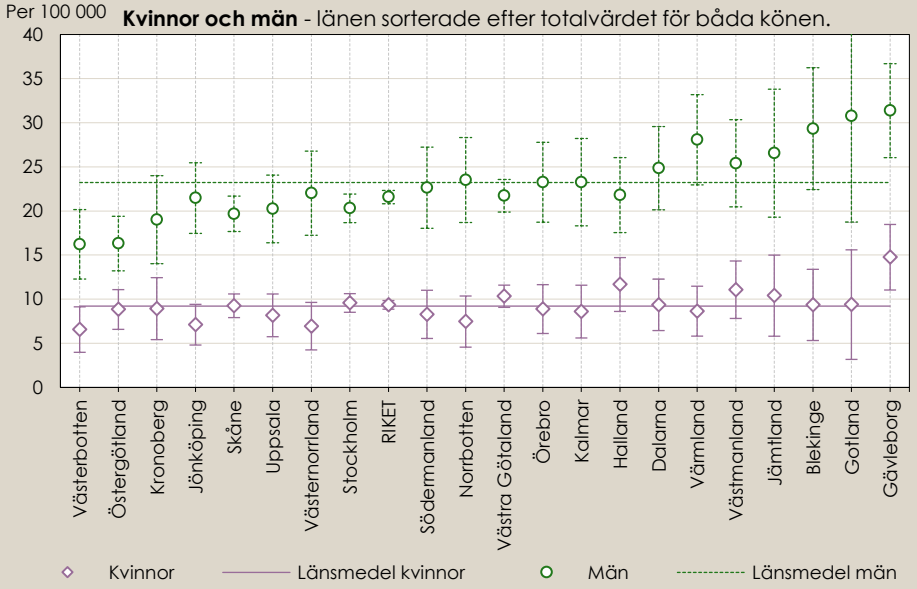
Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare, 35–79 år. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

I länet med högst antal rapporterade suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare är värdet nära det dubbla det mot i det län med lägst värden, för både kvinnor och män.

45.3. Suicid i befolkningen
Antal suicid och dödsfall med oklar avsikt per 100 000 invånare. Åldersstandardiserade värden, 2015-2017.



Källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

De brister som kan kopplas till suicid och som identifierats inom vården är bland annat att det inte har gjorts systematiska riskbedömningar för suicid i tillräckligt hög utsträckning, att dokumentation är ofullständig och att verksamheten inte har följt de egna regionala vårdprogrammen [87].

En bakomliggande orsak till suicid är depression och ångest, och för att hälso- och sjukvården ska kunna bedöma risken för suicid hos personer med depression och ångest bör man genomföra en suicidriskbedömning, vilket bland annat innebär att man dokumenterar om patienten har suicidtankar och hur ofta dessa tankar förekommer [87].

Psykologisk behandling, psykosocialt stöd, läkemedelsbehandling och andra åtgärder, till exempel elektrokonvulsiv behandling (ECT-behandling) och fysisk aktivitet, rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom [87].

Nationellt har Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten utarbetat ett förslag till nationellt program för suicidprevention, vilket innehåller nio strategier med målet att minska antalet suicid [109].

Om relaterade mått och data

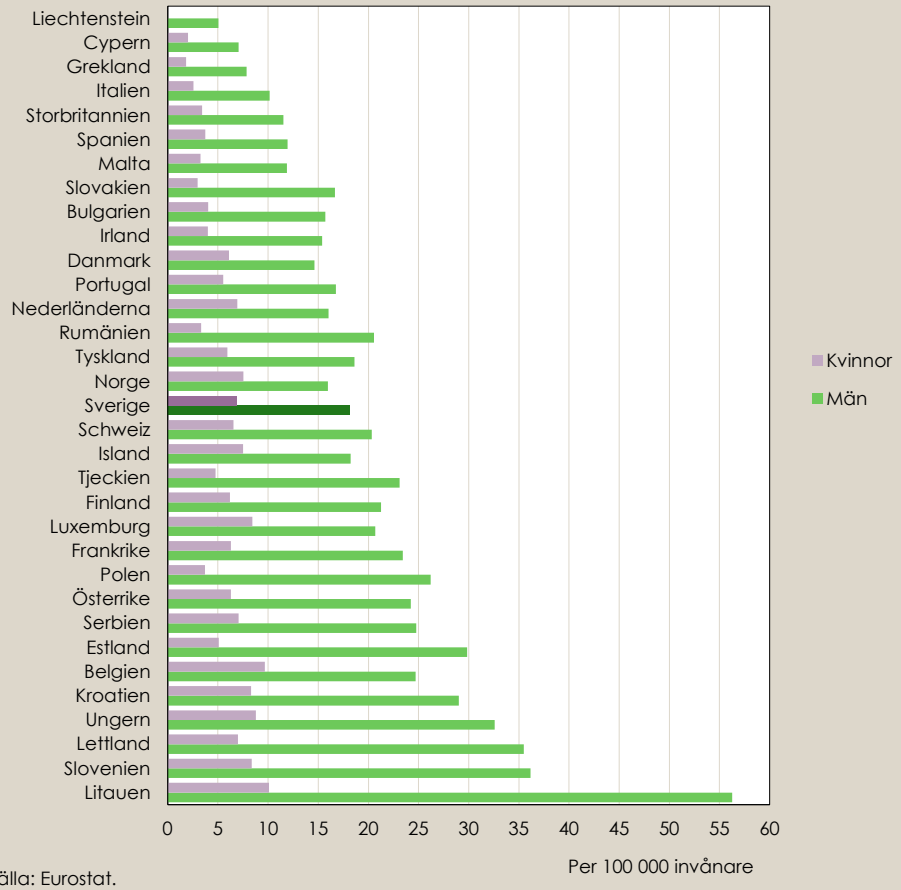
Det finns en rad olika indikatorer som kan relateras till indikatorn *Suicid i befolkningen*. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångest finns sammantaget 37 indikatorer varav 12 avser barn.

Skillnader i antal suicid i Europa, Sverige i mitten

Till skillnad från huvudindikatorn ingår inte dödsfall med oklar avsikt i uppgifterna från Eurostat. Litauen rapporterar för år 2015 högst frekvens av Suicid – både bland män och kvinnor. Per 100 000 svenska män rapporterades drygt 18 fastställda suicid och bland kvinnor knappt 7. Sverige hamnar i mitten av de rapporterande länderna i diagram E.14 som sorteras efter totalvärdet för båda könen. Vissa av skillnaderna mellan länderna kan troligtvis förklaras av hur bra de olika länderna är på att fastställa dödsorsaken suicid.

E.14. Länder. Suicid i befolkning (oklar avsikt ingår ej)

Suicid i befolkning per 100 000 invånare 2015. Länder som redovisat har levererat data till Eurostat för år 2015. Åldersstandardiserade värden enligt europeisk standardpopulation. Resultaten är sorterade utifrån totalvärdet.



Källa: Eurostat.

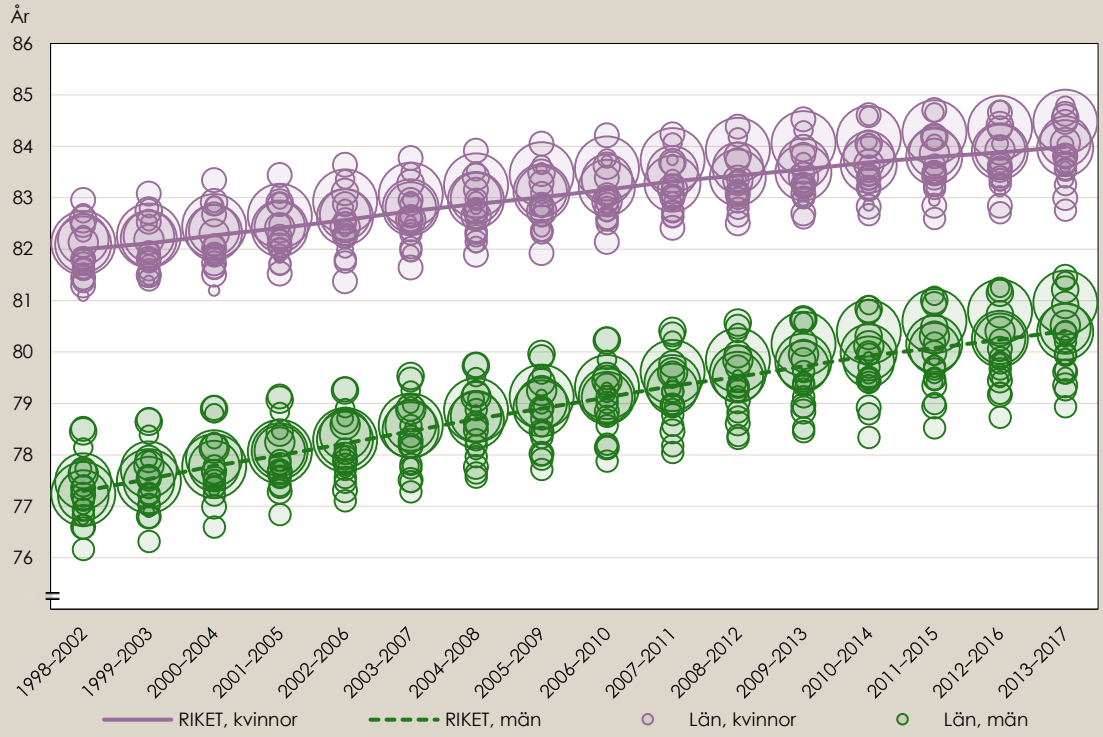
46. Återstående medellivslängd

Medellivslängd är ett övergripande mått som ofta används för att beskriva hälsa. Den kan ses som ett viktigt mått på hur samhället som helhet har förutsättningar för goda livsvillkor, levnadsförhållanden, levnadsvanor och hälsa. En del i detta är hur hälso- och sjukvården bidrar till en ökad livslängd för befolkningen genom förebyggande arbete och behandling. Medellivslängden redovisas här som beräknad återstående medellivslängd baseras på dödsriskerna för varje åldersår, vid födseln respektive vid 30 års ålder när utbildningsgrupper jämförs.

Medellivslängden i Sverige har ökat kontinuerligt under de senaste 30 åren. Den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (främst hjärtinfarkt och stroke) har bidragit mest till ökningen. Förbättrade levnadsvanor (minskad rökning samt lägre blodfetter och längre blodtryck) samt bättre behandlingsmetoder gör därtill att färre insjuknar och dör i dessa sjukdomar [110, 111]. Den höjda utbildningsnivån i befolkningen som helhet bidrar också på olika vis till att medellivslängden har ökat [112]. För personer födda 2013–2017 är den återstående medellivslängden beräknad till 84,0 år för kvinnor och till 80,4 år för män. Skillnaderna mellan kvinnor och män har minskat. Sedan 1998–2002 har mäns återstående medellivslängd ökat med drygt 3 år medan kvinnors ökning var 2 år.

46.1. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln.

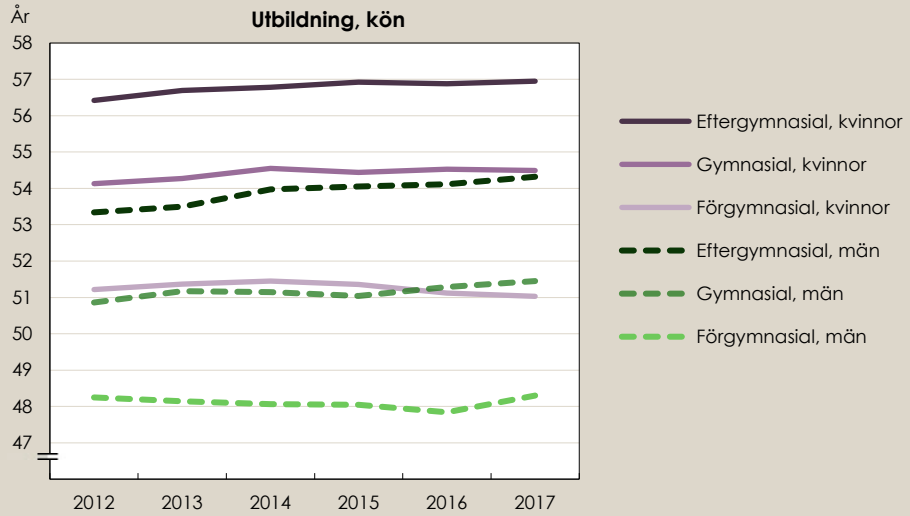


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

I diagram 46.2. visas den återstående medellivslängden vid 30 års ålder för olika utbildningsgrupper åren 2012 till 2017. För respektive kön finns ett tydligt mönster där längre utbildning hänger samman med längre medellivslängd. Dessutom har kvinnor med högst förgymnasial utbildning haft en viss minskning av den förväntade återstående medellivslängden vid 30 års ålder vilket går emot den generella utvecklingen.

46.2. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid 30 års ålder.

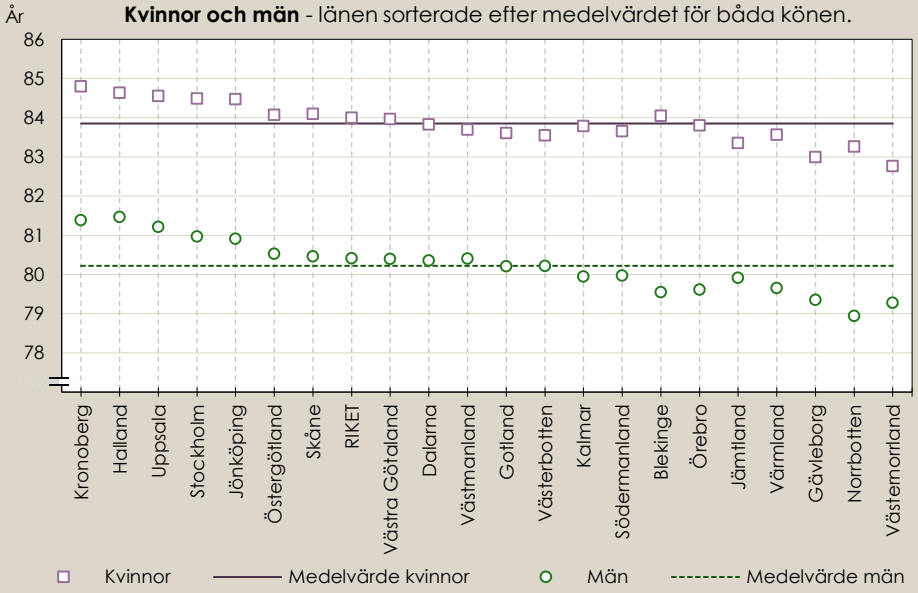


Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

Det finns också skillnader inom landet. För kvinnor är skillnaderna i medellivslängd mellan länen som mest 2,0 år och för män 2,6 år. Kronoberg har den längsta beräknade medellivslängden för kvinnor och Halland den längsta för män.

46.3. Återstående medellivslängd

Beräknad återstående medellivslängd vid födseln, 2013–2017.



Källa: Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån.

”Hur bidrar hälso- och sjukvården till en hållbar god vård?”

I det här avsnittet redovisas indikatorer som inte direkt speglar god vård, men som antas beröra viktiga förutsättningar för goda resultat nu och framöver. Indikatorerna representerar några olikartade sådana förutsättningar:

- systemets legitimitet hos invånarna
- antibiotikaresistens
- personalförhållanden
- genererande av ny kunskap och information för utveckling.

Till viss del handlar detta om hållbarhet för hälso- och sjukvårdssystemet men även indikatorer som redovisas under andra indikatorområden berör aspekter av hållbarhet. Hur indikatorer på resultat och kvalitet utvecklas sammantaget skulle kunna utgöra en indikation på den nuvarande utvecklingskraften i systemet. Även hur resurser används i systemet och hur förutsättningen för finansieringen av dessa utvecklas är en aspekt av hållbarhet. En viktig aspekt för långsiktig hållbarhet är också systemets förmåga att hantera olika störningar och påfrestningar, en egenskap som brukar benämnas resiliens. Ett sjukvårdssystems resiliens kan bedömas genom förmågan att:

- förutsäga störningar och möjligheter
- ha överblick över behov och kapacitet
- respondera på variationer
- lära sig av erfarenheter [113].

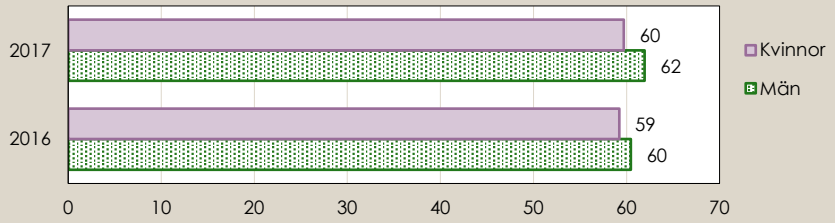
47. Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet

För att ett hälso- och sjukvårdssystem ska vara hållbart är det viktigt att de som bidrar till dess finansiering och använder sig av dess tjänster har förtroende för systemet, dess prestationer och dess personal.

Indikatorn *Förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet* speglar befolkningens förtroende, oavsett om invånarna nyligen varit i kontakt med hälso- och sjukvården eller inte. Indikatorn är hämtad från *Hälso- och sjukvårdsbarometern* och visar den andel som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i det egna landstinget. De personer som inte har kunnat besvara frågan är exkluderade.

Andelen i riket totalt var knappt 61 procent 2017 vilket var en procentenhet högre än 2016, någon jämförelse längre tillbaka går inte att göra då undersökningen har förändrats. Kvinnor har i genomsnitt något lägre förtroende än män och mäns värde visar även en tydligare förbättring än kvinnors mellan åren.

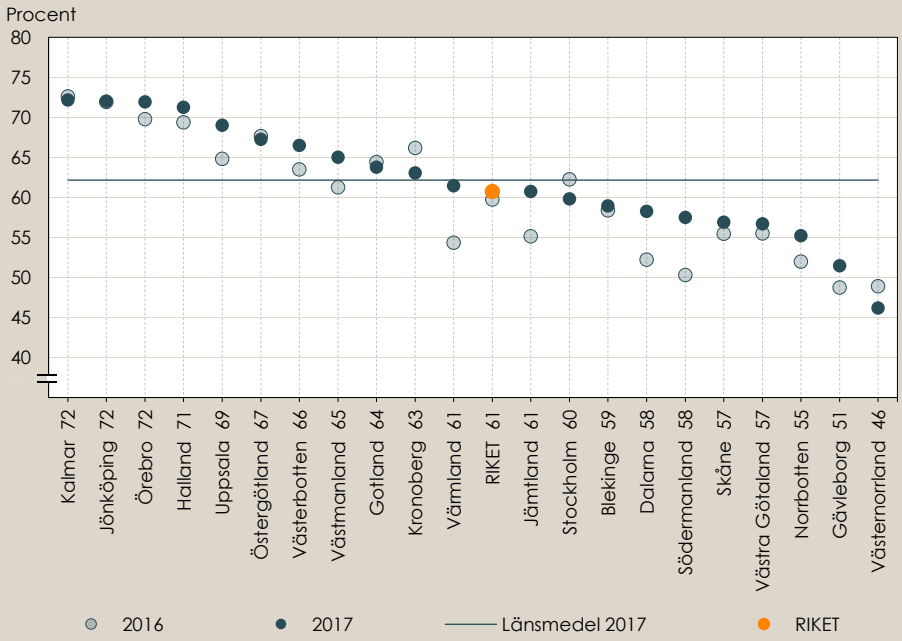
47.1. Förtroende för sjukvården i sin helhet
Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting/sin region.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 47.2 framgår att landstingens resultat 2017 varierar betydande, från 72 till 46 procent.

47.2. Förtroende för sjukvården i sin helhet
Andel i befolkningen som har stort eller mycket stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sitt landsting.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Den svenska befolkningen har enligt SOM-institutets nationella undersökning i stor utsträckning förtroende för att sjukvården ”sköter sitt arbete” i jämförelse med andra samhällsinstitutioner [114]. Förtroendet från befolkningen påverkas av människors egna patienterfarenheter. Det är därför viktigt att bibehålla befolkningens och patienternas förtroende för hälso- och sjukvårdsystemet. Dock är det svårt att säkerställa om enkäten täcker in den kommunala hälso- och sjukvården, vilket är en del av hälso- och sjukvårdssystemet. Cirka 400 000 personer fick hälso- och sjukvårdsinsatser av kommunerna 2016, och bland dessa är merparten äldre personer [115].

I IHP-undersökningen från 2016 hamnade Sverige näst sist av de jämförda länderna när de tillfrågade ger ett övergripande omdöme över sjukvården. I

Sverige gav 74 procent betyget *utmärkt*, *mycket bra* eller *bra* för Tyskland och Schweiz var andelen 96 procent [52, 116].

Om relaterade mått och data

Indikatorn *Förtroende för hälso- och sjukvården* kan relateras till flera andra indikatorer – dels finns en rad indikatorer som ytterligare belyser befolkningens syn på hälso- och sjukvården i *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, dels finns ytterligare indikatorer som belyser patienterfarenheter i *Nationell patientenkät*.

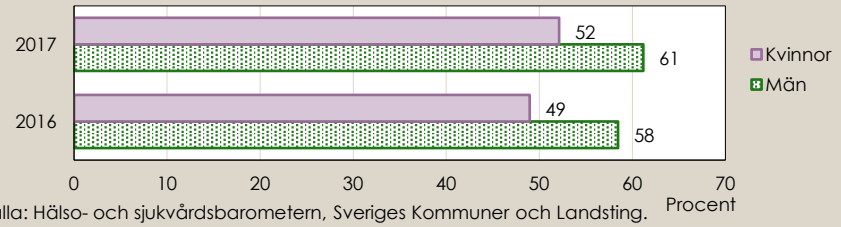
48. Förtroende för att vård ges på lika villkor

Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Indikatorn visar andelen av de svarande som uppfattar att vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör, inte något annat. De som svarar *"vet ej"* eller inte svarat på frågan är exkluderade.

Bland de svarande 2017 upplever knappt 57 procent att vården ges på lika villkor vilket var lite mer än 3 procentenheter högre än 2016. Någon jämförelse längre tillbaka går inte att göra då insamlingsmetoden har ändrats. Kvinnor har i lägre omfattning än män förtroende för att vården ges på lika villkor, på riksnivån är skillnaden mellan könen 9 procentenheter. Det är en mycket tydligare könsskillnad än vad exempelvis frågan om förtroende för vården i sin helhet uppvisar.

48.1. Förtroende för att vård ges på lika villkor

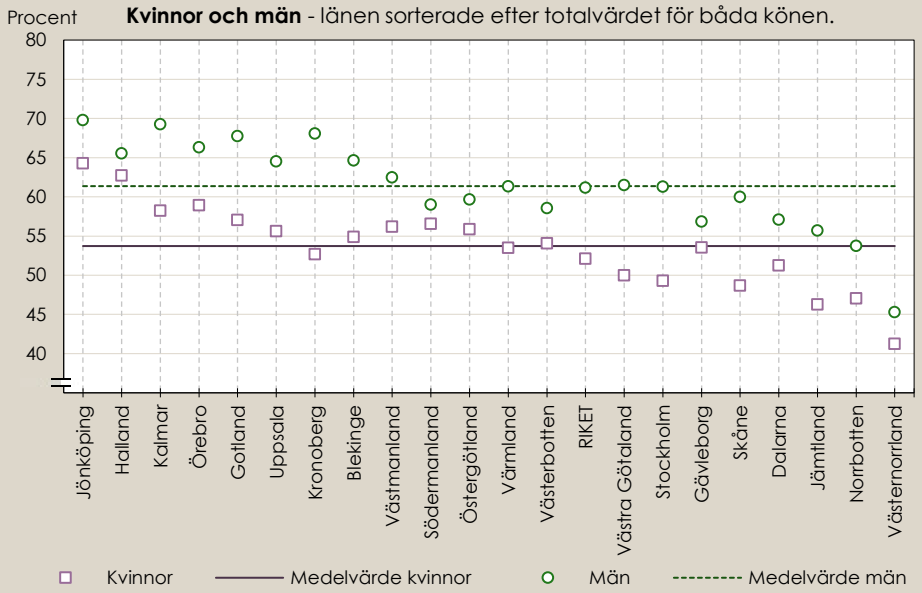
Andel i befolkningen som uppfattar att vård ges på lika villkor.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Andelen varierar från drygt 43 till 67 procent mellan landstingen och i samtliga län var förtroendet för vård på lika villkor lägre bland kvinnorna.

48.2. Förtroende för att vård ges på lika villkor
Andel i befolkningen som uppfattar att vård ges på lika villkor, 2017.



Källa: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting.

Om relaterade mått och data

Indikatorn *Förtroende för att vård ges på lika villkor* kan relateras till flera andra indikatorer – dels finns en rad indikatorer som ytterligare belyser befolkningens syn på hälso- och sjukvården i *Hälso- och sjukvårdsbarometern*, dels finns ytterligare indikatorer som belyser patienterfarenheter i *Nationell patientenkät*.

49. Förekomst av antibiotikabehandling

Det finns ett tydligt samband mellan ett lands antibiotikaanvändning och andelen resistenta bakterietyper. Med allt högre antibiotikaanvändning riskeras en situation där patienter med allvarliga infektioner inte längre kan få effektiv behandling. Antibiotika ska alltså inte användas i onödan.

Folkhälsomyndigheten och Statens jordbruksverk har fått i uppdrag av regeringen att ansvara för en nationell samverkansfunktion i syfte att främja ett samordnat arbete mot antibiotikaresistens [117]. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bidra i arbetet [118].

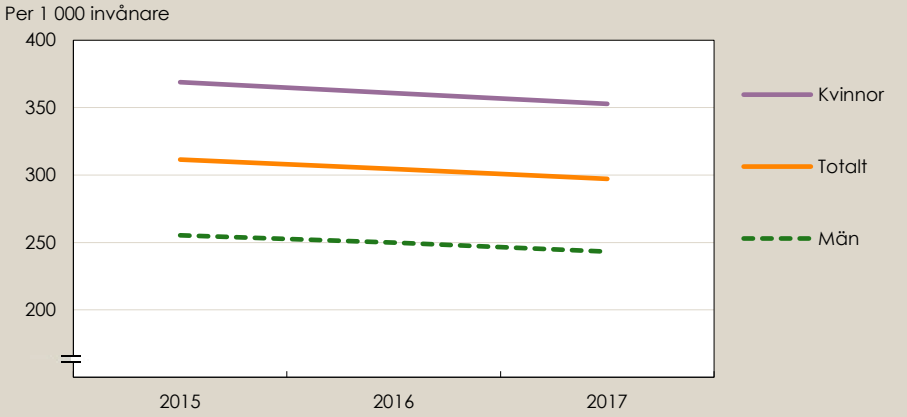
Indikatorn visar antalet antibiotikarecept per 1 000 invånare med åldersstandardiserade värden. Källan är Socialstyrelsens läkemedelsregister. Detta register är komplett avseende läkemedelsförskrivning i öppen vård men det saknar uppgift om förskrivningsorsak. Detta gör att indikatorn ger en grov bild av antibiotikaanvändningen.

Antalet recept per invånare har fortsatt att minska. För riket är antalet uthämtade recept 297 per 1 000 invånare 2017. Antibiotikaanvändningen är avsevärt högre bland kvinnor än bland män – 360 respektive 250 uttag per 1 000 invånare. En betydande orsak till skillnaden mellan könen är skillnader

i sjuklighet, till exempel är infektioner i urinvägar mycket vanligare bland kvinnor [86].

49.1. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.

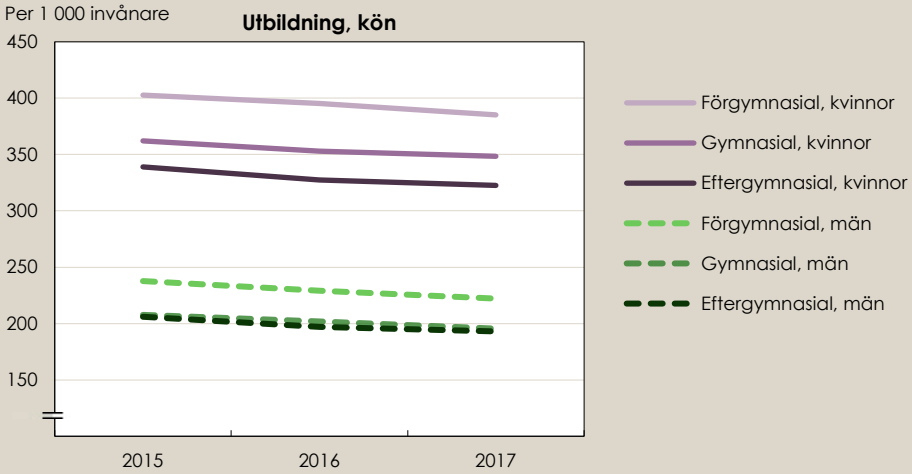


Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Gruppen med endast förgymnasial utbildning har högre åldersstandardiserat värde än dem med gymnasial och eftergymnasial utbildning, för kvinnor är det också tydligt att de med eftergymnasial utbildning har lägre värde än dem med högst gymnasial utbildning, för män är denna skillnad inte lika tydlig. Minskningen under perioden förekommer i samtliga redovisade köns- och utbildningsgrupper.

49.2. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård

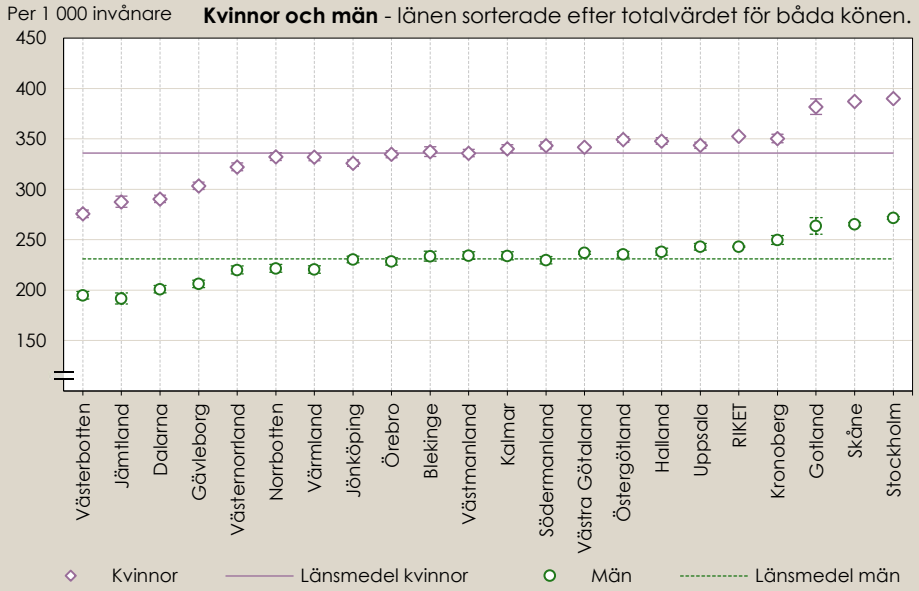
Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Variationen mellan länen är större än variationen mellan utbildningsgrupper. För kvinnor varierar antalet mellan 276 och 390 per 1 000 invånare och för män mellan 192 och 272.

49.3. Förekomst av antibiotikabehandling i öppenvård
Antal uthämtade antibiotikarecept per 1 000 invånare, åldersstandardiserade värden, 2017.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Ett sätt att minska den onödiga antibiotikaanvändningen är att inte omedelbart sätta in antibiotikabehandling vid lindriga infektioner som oftast läker ut utan behandling. Behandlingstidens längd påverkar också det totala antibiotikatrycket. Flera nya studier har visat att behandlingstiden vid vissa infektioner, till exempel urinvägsinfektioner hos kvinnor, kan förkortas utan att behandlingsresultatet blir sämre. Vid antibiotikabehandling är det vidare önskvärt att använda så smal behandling som möjligt för att påverka så få bakterier som möjligt. Detta är önskvärt både vad gäller resistensutveckling och biverkningar. Användning av ett antibiotikum med brett antibakteriellt spektrum innebär större störningar av kroppens normala bakterieflora, vilket i sin tur kan öka risken för biverkningar. Dessutom ökar risken för resistensutveckling hos flera bakteriearter [86].

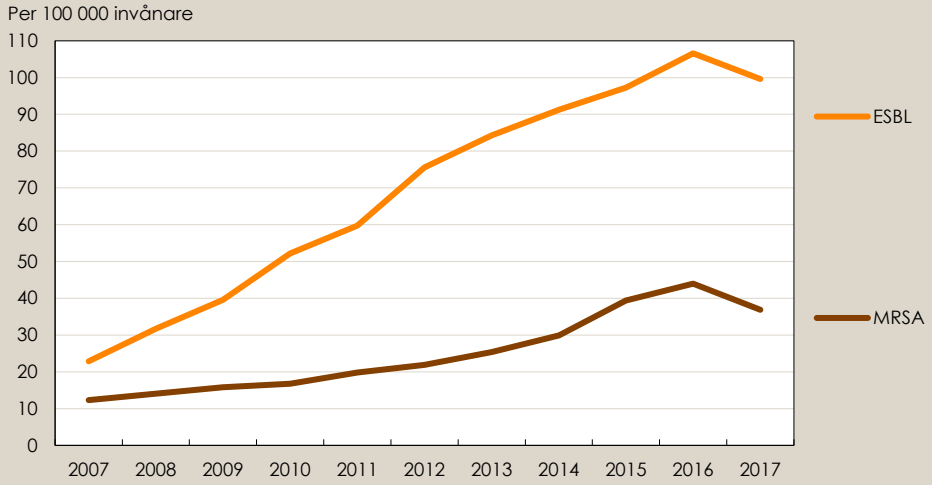
Om relaterade mått och data

Folkhälsomyndigheten redovisar och utvecklar flera mått och indikatorer som rör antibiotikaanvändning.

Uppgifter om anmälningspliktiga fall av multiresistenta bakterier publiceras av Folkhälsomyndigheten. De resistenta bakterier som är mest förekommande bland anmälningarna är ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) och MRSA (Meticillinresistenta gula stafylokocker). Anmälda fall av MRSA är cirka tre gånger fler 2017 jämfört med tio år tidigare medan ESBL har mer än fyrfaldigats. För 2017 ses dock en nedgång för både MRSA och ESBL. Nedgången kan bero på flera faktorer, så som ändrade provtagningsrutiner och en minskning av personer som kommit till Sverige från länder med högre förekomst av dessa bakterier. Något fler personer smittades utomlands av MRSA än i Sverige 2017. För de inhemska fallen av MRSA syns en fortsatt ökning även 2017 [119].

E.15. Infektion med resistenta bakterier – MRSA och ESBL

Anmälda fall av Meticillinresistenta gula stafylokocker (MRSA) och Extended Spectrum Beta-Lactamase (ESBL) per 100 000 invånare.



Källa: Folkhälsomyndigheten

För ESBL antas många smittas av sådana tarmbakterier utomlands och bli bärare av bakterierna utan att insjukna men med risk att senare sprida bakterierna vidare. ESBLcarba är en typ av bakterier med resistens för flera former av antibiotika än vad ESBL har. ESBLcarba har ökat i stor omfattning i flera länder. Även om förekomsten i Sverige är mycket lägre av ESBLcarba än för ESBL och MRSA har en snabb ökning av de anmälda fallen av ESBLcarba setts även i Sverige [119].

Folkhälsomyndigheten har prognostiserat att antalet fall av anmälningspliktiga infektioner med antibiotikaresistenta bakterier kommer mer än fyrfaldigas fram till 2050 vilket, utöver 33 000–42 000 dödsfall och ökat lidande, beräknas kosta hälso- och sjukvården cirka 16 miljarder kronor [120].

Sverige har låg förskrivning av antibiotika i europeisk jämförelse

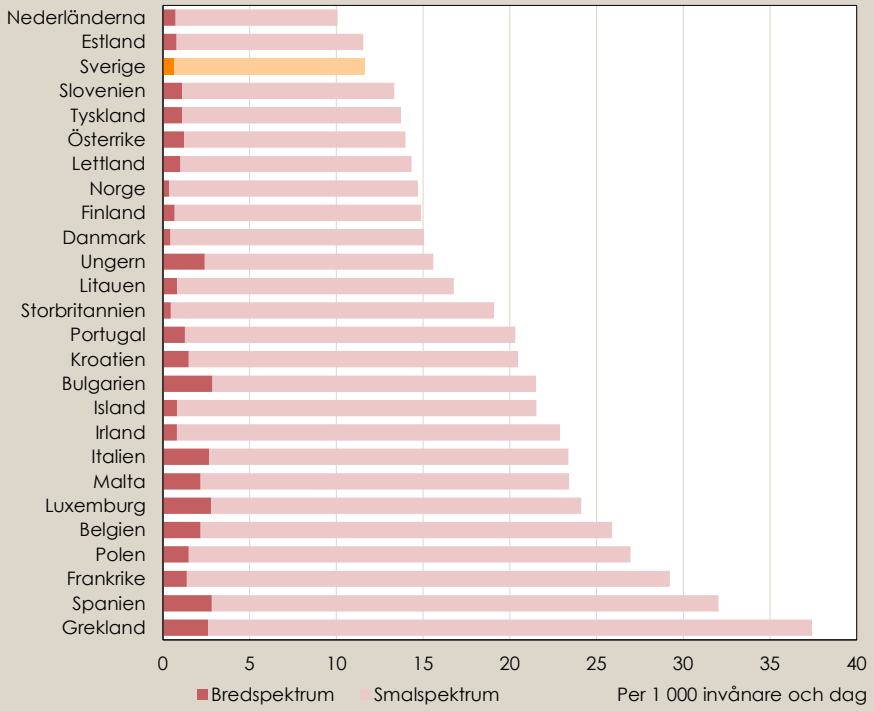
Europeiska smittskyddsmyndigheten (ECDC) redovisar antibiotikaanvändning för Europas länder [121]. För 2017 varierade användningen av antibiotika i primärvården från 10 definierade dygnsdoser (DDD) per invånare och dag i Nederländerna till drygt 37 DDD i Grekland (diagram E.16). Sverige har ett värde på knappt 12 DDD och en låg andel bredspektrumantibiotika, det är generellt önskvärt att ha en så låg förskrivning av dessa som möjligt.

Det kan vara en fördel att mäta antalet utskrivna recept istället för DDD per invånare. Eftersom det är viktigt att när antibiotika väl skrivs ut att det görs i tillräcklig omfattning.

Det finns en otalig mängd faktorer som påverkar antibiotikaanvändningen, varav patientefterfrågan och samarbetet mellan vårdprofessioner är två viktiga. Exempel på andra faktorer är organisationen av hälso- och sjukvård, antalet olika antibiotika som finns, klimat, sjukdomsbörda, demografi och socioekonomi [122]. Även kulturella faktorer påverkar förskrivningen av antibiotika [123, 124].

E.16. Antibiotikaanvändning i primärvård

Antal definierade dygnsdoser (DDD) per 1 000 invånare och dag i primärvården, 2017.



Källa: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)

50. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda

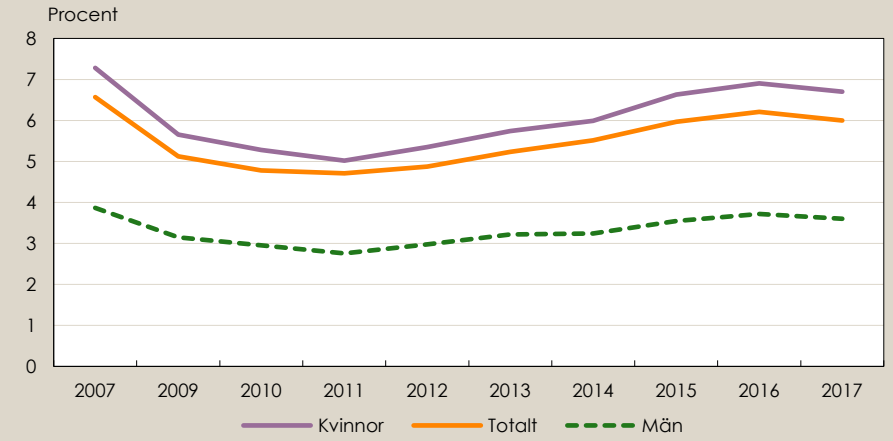
Sjukfrånvaro innebär en arbetstagares frånvaro från arbetet i antal dagar. Enligt Arbetsmiljöverket är några av de främsta orsakerna till personalens frånvaro i hälso- och sjukvården att arbetet är fysiskt tungt och att det finns risk för smitta. Dessutom bidrar skiftarbete, hög arbetsbelastning och oregelbundna arbetstider till sjukfrånvaron [125].

Indikatorn är en del av den obligatoriska sjukfrånvarorapportering som redovisas i landstingens årsredovisningar. Uppgifterna avser därför alla anställda i landstingen. Även om anställda i hälso- och sjukvården klart dominerar förekommer alltså andra verksamheter i en betydande och varierande utsträckning hos huvudmännen.

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid var 6,0 procent 2017, vilken är en viss nedgång jämfört med 2016. Kvinnor har en större andel än män, 6,7 procent jämfört med 3,6 procent för 2017.

50.1. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid.

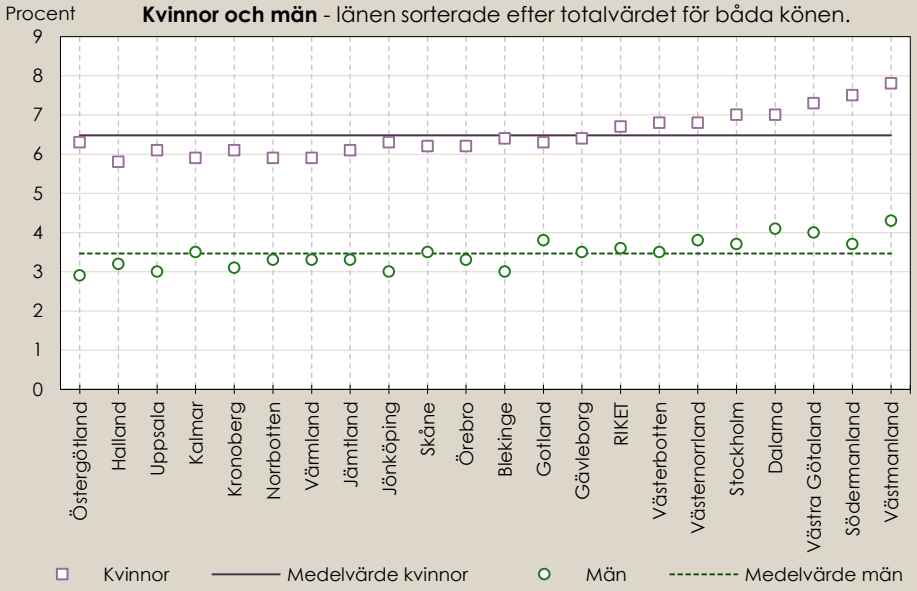


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

I diagram 50.2 jämförs andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid per landsting. Kvinnor har en högre sjukfrånvaro än män i samtliga landsting. Andelen sjukfrånvarotid varierar mellan landstingen bland kvinnor från 7,8 ner till 5,8 procent. För män varierar andelen från 4,3 ner till 2,9 procent.

50.2. Sjukfrånvaro bland landstingsanställda

Andel sjukfrånvarotid av ordinarie arbetstid, 2017.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

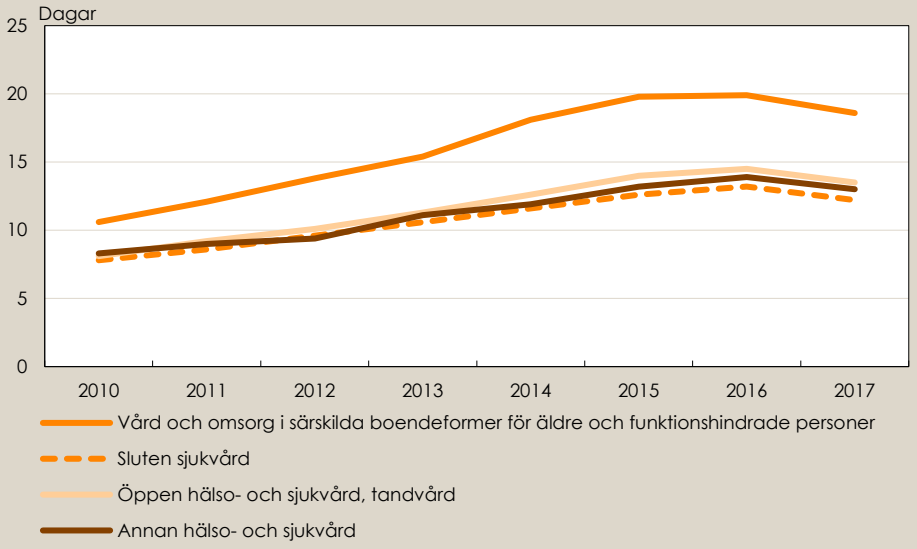
Det finns en rad åtgärder som landstingen kan använda sig av för att förbättra arbetsmiljön och minska sjukfrånvaron. För att minska sjukfrånvaron och även sjukskrivningarna inom hälso- och sjukvården behövs enligt Arbetsmiljöverket systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär bland annat att personalen ska ha tillräcklig kunskap och kompetens för att minska riskerna. Personalen ska även få kunskap om lämpliga arbetsställningar och förflyttningar

samt den arbetsutrustning och arbetsutrymme som krävs. Enligt Arbetsmiljöverket är företagshälsovården en viktig resurs i arbete och deras resurser ska användas i det förebyggande arbetsmiljöarbetet [126].

Försäkringskassan tillgängliggör uppgifter om antalet sjukskrivningsdagar per sysselsatt inom olika delar av arbetsmarknaden, alltså den del av sjukfrånvaron som överstiger två veckor. För hälso- och sjukvården är utvecklingen av detta mått lik den för indikatorn ovan. Försäkringskassans uppgifter kan också delas upp på olika delar av hälso- och sjukvården och då framgår att flest sjukpenningdagar dagar per anställd 2017 finns bland personalen i särskilt boende för äldre och funktionshindrade personer.

E.17. Sjukskrivningsdagar per sysselsatt inom hälso- och sjukvård

Antal sjukskrivningsdagar per sysselsatt. Utebalda nettodagar med sjukpenning, rehabiliteringspenning samt varianter av dessa per sysselsatt under ett kalenderår. Enbart dagar som ersätts från Försäkringskassan från och med dag 15 i sjukfallet.



Källa: Försäkringskassan.

Trots nedgången för 2017 har branschen vård och omsorg det högsta antalet utbetalda sjukpenningdagar per sysselsatt jämfört med andra branscher enligt försäkringskassans statistik [127].

Om relaterade mått och data

Det finns möjlighet att rapportera standardiserade uppgifter från medarbetarenkäter till databasen *Kolada* för att kunna jämföra sig med andra landsting och kommuner, exempelvis för det sammansatta måttet *Hållbart Medarbetarindex (HMI)*. En indikator som också tydligt relaterar till arbetsförhållanden i vården är *Överbeläggningar i den slutna vården.*

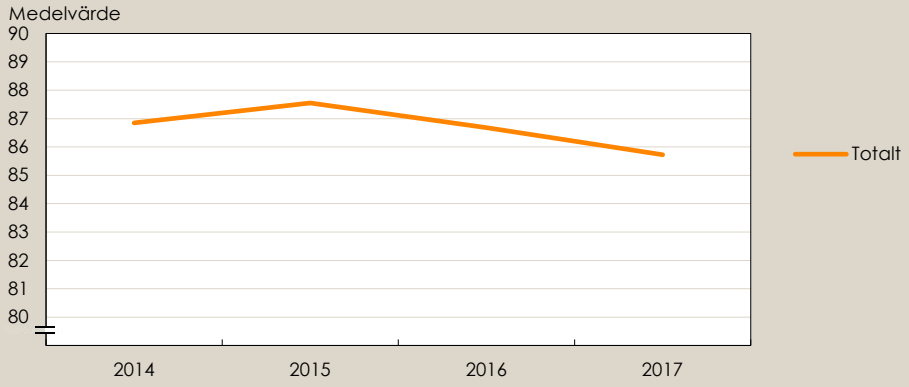
51. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

Täckningsgraden i sjukvårdens kvalitetsregister, såväl som i Socialstyrelsens hälsodataregister, är en viktig del av datakvaliteten. Användningen av och registreringen i kvalitetsregister är frivillig för landsting, kommuner och inte minst patienterna (till skillnad från rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister som är obligatorisk). En låg täckningsgrad minskar användbarheten för exempelvis forskning och förbättringsarbete. Även för indikatorbaserade uppföljningar så som öppna jämförelser är det viktigt att täckningsgraden inte är för låg och framförallt inte ojämn mellan jämförelseobjekten avseende vilka patienter eller verksamhetsdelar som täcks in. Nyttan av en hög täckning i kvalitetsregistren betonades också starkt i den kvalitetsregistersatsning som staten och SKL ingick för perioden 2012–2016. För utgången av 2016 var målet i överenskommelsen att 80 procent av de nationella kvalitetsregistren ska ha en täckningsgrad på minst 80 procent och 40 procent en täckningsgrad på minst 95 procent [128]. Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterade i utvärderingen av överenskommelsen 2017 att målet angående täckningsgrad inte var nått [129].

Socialstyrelsen gör årligen flera täckningsgradsjämförelser mellan kvalitetsregister och hälsodataregister. Flera olika typer av register jämförs på flera olika vis. Som indikator har här valts den genomsnittliga täckningsgraden i fyra kvalitetsregister i förhållande till de fall som de bör täcka i Socialstyrelsens hälsodataregister givet avgränsningen för respektive analys. Utmaningen är olika när det gäller att nå en hög täckningsgrad i olika kvalitetsregister eftersom de har olika syften. Det är lättare att registrera och följa upp exempelvis en viss typ av operation än att täcka olika insatser på flera verksamhetsnivåer och vårdformer över lång tid för en stor patientgrupp med kronisk sjukdom. De kvalitetsregister som valts för indikatorn är mer av den senare typen. De kvalitetsregister som ingår är Nationella diabetesregistret, Rikshöft, Riks-Stroke och Rikshia från Swedeheart.

51.1. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

Medelvärde av täckningsgradsmätningar för fyra kvalitetsregister som berör stora folksjukdomar: Riks-Hia (ischemisk hjärtsjukdom), Riksstroke (cerebrovaskulär sjukdom), Rikshöft (osteoporos och höftfraktur) och Nationella diabetesregistret (diabetes).



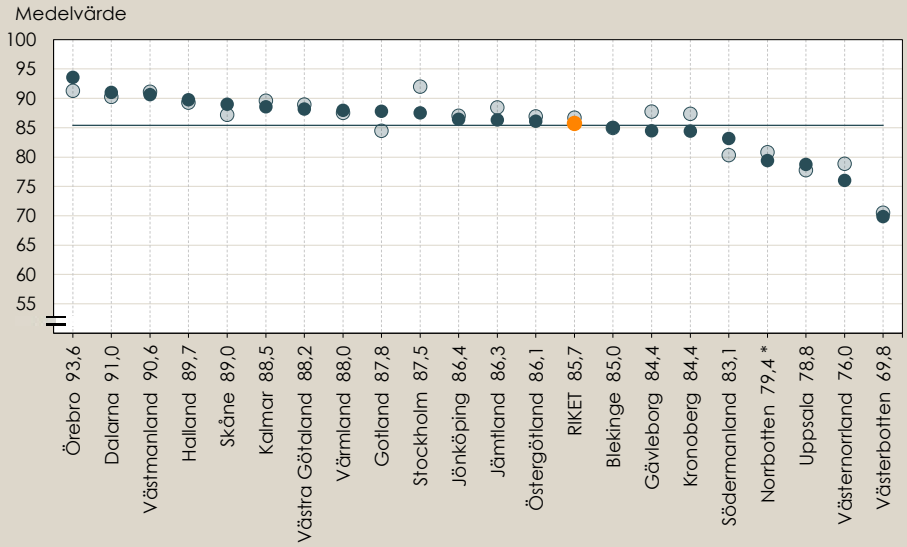
Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

Indikatorn visar att den genomsnittliga täckningsgraden låg på knappt 86 procent för de fyra kvalitetsregistren 2017, vilket fortsatte nedgången sedan 2015. En bidragande orsak till minskningen är att Region Norrbotten har valt att inte delta i Rikshöft.

I landstingsjämförelsen har Norrbottens värde för den del av måttet som rör Rikshöft ersatts med medelvärdet för övriga landsting (eftersom det är frivilligt vilka kvalitetsregister landstingen kan välja att delta i). Den genomsnittliga täckningsgraden 2017 varierar från nära 94 procent till knappt 70 procent mellan landstingen.

51.2. Rapportering till kvalitetsregister – fyra folksjukdomar

Medelvärde av täckningsgradsmätningar för fyra kvalitetsregister som berör stora folksjukdomar: Riks-Hia (ischemisk hjärtsjukdom), Riksstroke (cerebrovaskulär sjukdom), Rikshöft (osteoporos och höftfraktur) och Nationella diabetesregistret (diabetes).



* Norrbotten har valt att inte delta i Rikshöft, vid beräkning har medlet för övriga landsting använts.

2016 · 2017 · Länsmedel 2017 · RIKET

Källa: Bearbetningar av flera kvalitetsregister och hälsodataregister, Socialstyrelsen.

Att förbättra datakvaliteten i de register som är viktiga för att beskriva och utveckla vården är ett delat ansvar mellan organisationen som har hand om registret och de som valt att rapporterar till dem. Både landsting och kommuner kan ställa krav på rapportering för den egna verksamheten men även på privata utförare. Samtidigt är det viktigt att underlätta arbetet med att registrera och att uppgifterna tillför nytta för de verksamheter och patienter som lägger ned resurser på att rapportera till dem.

Om relaterade mått och data

Socialstyrelsen publicerar årligen ett antal täckningsgradsanalyser för de kvalitetsregister som skickar in material för samkörning mot hälsodataregister, här finns även information som rör hälsodataregistrens datakvalitet. Resultaten redovisas oftast på läns- och kliniknivå. I de enskilda analyserna visar det sig att det även förekommer ett betydande antal vårdkontakter i kvalitetsregister som inte matchas i hälsodataregistren även fast så borde vara fallet. Detta indikerar bristande kvalitet i registreringen till hälsodataregistren eller till och med bristande rapportering. Det finns alltså anledning för landsting,

sjukhus och privata utförare att förbättra rapporteringen även till hälsodataregistren utifrån analyserna [130].

Täckningsgrad är bara en aspekt av datakvaliteten, exempelvis har Socialstyrelsen tagit fram och presenterat resultat för indikatorer för kodningskvalitet i patientregistret [131].

52. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

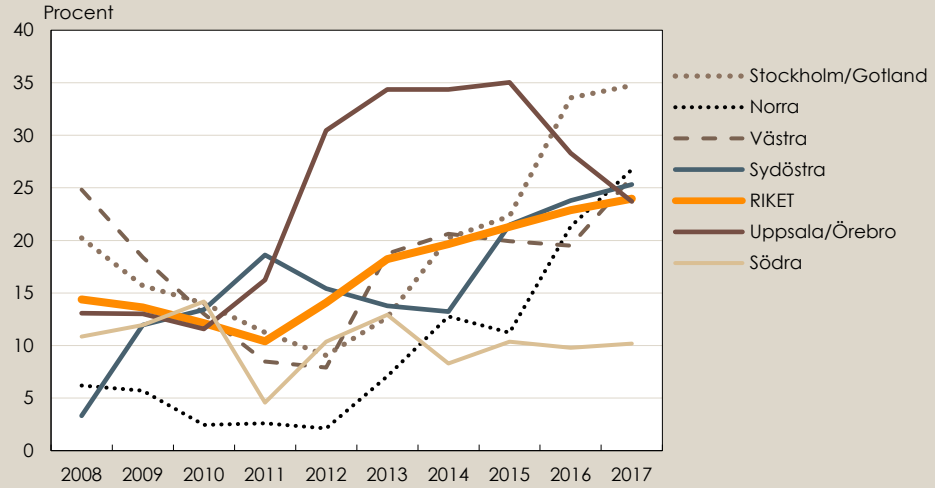
Vetenskapliga studier utgör till stor del kunskapsunderlag för rekommendationer om vård och behandling i nationella riktlinjer och vårdprogram. Med dessa riktlinjer och vårdprogram som underlag kan vården i sin tur erbjuda patienterna bästa möjliga vård och behandling. Därför är det viktigt att landsting och sjukhus deltar aktivt i den kliniska forskningen.

Indikatorn som används här bygger på uppgifter från Svenska Kolorektalcancerregistret där andelen patienter som ingår i behandlingsstudier följs och publiceras regelbundet. Indikatorn visar andelen patienter med tjocktarms- eller ändtarmscancer och som har inkluderats i någon form av strukturerad behandlingsstudie. Med behandlingsstudie avses såväl randomiserade studier som observationsstudier. Studien ska vara godkänd som behandlingsstudie av en etikprövningsnämnd [132].

Diagram 52.1 visar att 24 procent av de patienter som både diagnostiserats för tjocktarms- eller ändtarmscancer 2017 och fanns registrerade i kvalitetsregistret deltog i en behandlingsstudie. I riket har andelen ökat årligen sedan 2011 men det är ändå en bit kvar till Socialstyrelsens nationella målnivå om minst 33 procents deltagande i kliniska studier [50].

52.1. Sjukvårdsregioner och riket. Deltagande i behandlingsstudier vid tjock- eller ändtarmscancer

Andel patienter som deltagit (inkluderats) i strukturerad behandlingsstudie för ändtarmscancer eller tjocktarmscancer.



Källa: Svenska Kolorektalcancerregistret.

Nationell målnivå

”Det är viktigt att sjukhus deltar i strukturerade behandlingsstudier, vilket på sikt ger förbättrad kunskap och en ökad kvalitet i cancervården. Socialstyrelsen har därför en målnivå på minst 33 procent.”

(Målnivåerna gäller för tjock- och ändtarmscancer var för sig.)

Utöver att deltagande i studier förbättrar det samlade kunskapsunderlaget antas deltagandet även vara gynnsamt för de enskilda klinikerna som ett sätt att följa utvecklingen inom aktuell forskning [50]. Indikatorn varierar mycket mellan sjukvårdsregionerna och över tid. För 2017 varierar andelen patienter som deltagit i strukturerad behandlingsstudie från drygt 10 till nästan 35 procent.

Indikatorvärdena är beroende av antalet pågående studier och kriterierna för att någon ska inkluderas i en studie. En bedömning utifrån målnivån kan [50] endast göras utifrån en längre tidsperiod. Indikatorn är mer stabil som kvalitetsindikator över en längre tidsperiod för att visa sjukvårdsregionernas, landstingens och sjukhusens aktivitetsgrad för att delta i behandlingsstudier. Resultatet på riksnivå visar dock att fortsatt förbättring behövs inom området.

Om relaterade mått och data

Kolorektalcancerregistret visar indikatorerna uppdelat på ändtarms- respektive tjocktarmscancer var för sig och utöver sjukvårdsregioner redovisas även resultaten på kliniknivå [50].

Referenser

1. Uppdrag om förbättrad nationell uppföljning av hälso- och sjukvården. Regeringen; 2018.
2. Statistisk uppföljning av Agenda 2030. Stockholm: Statistiska centralbyrån; 2017.
3. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2017. Hämtad 2017 11-27 från: http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/
4. Cylus, J, Papanicolas, I, Smith, PC, editors. Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management; 2016.
5. Efficieny estimates of health care systems. Luxemburg: European Commission; 2015.
6. Östgötakommissionen för folkhälsa : slutrapport. Linköping: Östgötakommissionen för jämlik hälsa; 2014.
7. Effektiv vård. Stockholm: Regeringen; 2016.
8. Kommunalekonomisk utjämning. En informationsskrift om utjämningssystemet för kommuner och landsting. 2008.
9. Sundquist, K, Malmstrom, M, Johansson, SE, Sundquist, J. Care Need Index, a useful tool for the distribution of primary health care resources. Journal of epidemiology and community health. 2003; 57(5):347-52.
10. Sundquist, K, Malmstrom, M, Johansson, SE. Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. Journal of epidemiology and community health. 2004; 58(1):71-7.
11. Malmstrom, M, Sundquist, J, Johansson, SE, Johansson, LM. The influence of social deprivation as measured by the CNI on psychiatric admissions. Scand J Public Health. 1999; 27(3):189-95.
12. Malmstrom, M, Johansson, SE, Sundquist, J. A hierarchical analysis of long-term illness and mortality in socially deprived areas. Social science & medicine (1982). 2001; 53(3):265-75.
13. Lindstrom, K, Simonsson, AS, Engstrom, S, Buhr, JJ, Ivarsson, A, Borgquist, L. [Socioeconomic factors important in health care resource allocation!]. Lakartidningen. 2009; 106(11):732-3.
14. Borgquist, L, Andersson, D, Engstrom, S, Magnusson, H. [Primary health care reimbursement based on socio-economics or disease burden. Registry study from Ostergotland shows different results depending on analysis level]. Lakartidningen. 2010; 107(37):2158-63.
15. Ostberg, AL, Kjellstrom, AN, Petzold, M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. Community dentistry and oral epidemiology. 2017; 45(3):233-41.
16. Wilkinsom, R, Marmot, M. Social determinants of health: the solid facts. 2 uppl: World Health Oraganization; 2008.
17. Lundborg, P, Vikström, J, Nilsson, M. Hur påverkar socioekonomisk status och ålder arbetsmarknadseffekterna av olika hälsoproblem? Ekonomisk debatt. 2011; 39(4).
18. Nationella riktlinjer - Utvärdering. Vård vid rörelseorganens sjukdomar. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

19. Öppna jämförelser av den hälsoinriktade hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
20. Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 - Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor - Stöd för styrning och ledning. Västerås: Socialstyrelsen; 2011.
21. Non-Medical Determinants of Health: Tobacco consumption. 2016. Hämtad 2016 12-19 från: http://stats.oecd.org/#
22. IHME. Sweden - Country Profile. 2018. Hämtad 2018 2018-10-23 från: http://www.healthdata.org/sweden
23. Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård : nationella planeringsstödet 2018. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
24. Var finns jobben? Bedömning för 2018 och på fem års sikt. Stockholm: Arbetsförmedlingen; 2018.
25. Statistik om forskningssystemet. En forskningsbarometer för ÄRK. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2017.
26. Hälsoräkenskaper 2011–2016. Statistiska Centralbyrån. 2018. Hämtad 2018 12-17 från: https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/#_Tabellerochdiagram
27. Förändring av Hälsoräkenskaperna – publicering mars 2015. Örebro: Statistiska centralbyrån; 2015.
28. Läget för införande av KPP. 2018. Hämtad 2018 2018-12-17 från: https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/kostnadperpatientkpp/omkpp/inforandeavkpp.1054.html
29. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Slutrapport mars 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
30. Gender Equality. 2017. Hämtad 2017 12-07 från: http://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/
31. Health at a Glance: Europe 2018 – State of Health in the EU Cycle.
32. Nationell utvärdering 2013. Tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
33. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Stockholm: Regeringen; 2017. Report No.: SOU 2017:47.
34. Öppna jämförser. Hälso- och sjukvård. Övergripande indikatorer 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
35. Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
36. Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
37. A&E Attendances & Emergency Admission statistics, NHS and independent sector organisations in England. NHS; 2018.
38. Vårdprioritering. SOS Alarm. 2016. Hämtad från: https://www.sosalarm.se/Vara-tjanster/Vard/Vardprioritering/
39. Ambulance Quality Indicators: Systems Indicators. National Health Service. 2018. Hämtad 2018 18/10/05 från: https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/ambulance-quality-indicators/
40. Socialdepartementet. Överenskommelse om insatser inom psykisk hälsa-området 2018 2018.

41. Första linjen för barn och unga. 2018. Hämtad 2018 12-18 från: https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/fl/
42. Elevhälsa. Elevers behov och skolans insatser. Stockholm: Skolinspektionen; 2015.
43. Q-bup. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri. Årsrapport 2017. Stockholm; 2018.
44. Överbeläggning. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=507
45. Utlokaliserad patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTerm=dXRsb2thbGlzZXJhZCBwYXRpZW50&fsrcLang=sv&trgLang=en&fSubject=
46. Modell för kunskapsstyrning av överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2012.
47. Utskrivningsklar patient. 2017. Hämtad 2017 11-21 från: http://termbank.socialstyrelsen.se/showterm.php?fTid=58
48. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg om äldre personer. Stockholm: Statens offentliga utredningar; 2017.
49. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
50. Koloncancer. Nationell kvalitetsrapport för år 2017 från Svenska Kolorektalcancerregistret. Umeå: Svenska Kolorektalcancerregistret; 2018.
51. Cancercentrum. Nationell satsning för kortare väntetider i cancervården. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: http://www.cancercentrum.se/syd/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/
52. Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Resultat från The Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2016.
53. Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017. Report No.: PM 2017:2.
54. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor : stöd för styrning och ledning. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
55. Öppna jämförelser. Jämlik vård 2015. Kvinnors hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
56. Vacciner till barn. Skyddseffekt och biverkningar. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2009.
57. Barnvaccinationsprogrammet i Sverige 2015. Årsrapport. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016.
58. Målnivåer för diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
59. Hjärtinfarkt - livet efteråt. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: https://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Hjartsjukdomar/Hjartinfarkt/Leva-med-sjukdomen/
60. Nationella riktlinjer hjärtsjukvård, stöd för ledning och styrning 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
61. Nationella riktlinjer – Målnivåer. Hjärtsjukvård. Målnivåer för indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.

62. Socialstyrelsen. Balansera mera- kampanj för att förhindra fallolyckor 2017. Hämtad 2017 12-08 från: http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/balanseramera
63. Läkemedel som kan öka risken för fallskada eller mag-tarmblödning hos äldre – Fokus på antidepressiva läkemedel Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
64. Socialstyrelsen. Stöd och utbildning 2017. Hämtad 2017 12-08 från: http://www.socialstyrelsen.se/fallolyckor/stodochutbildning
65. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2018. Vård vid astma och KOL. Huvudrapport med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
66. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. Paris: OECD; 2017.
67. Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
68. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015. Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
69. Målnivåer för diabetesvård : uppföljning och översyn. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2017.
70. Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
71. Ett trycksår kan utvecklas snabbt och orsaka stort lidande. Det förebyggande arbetet är därför mycket viktigt. Socialstyrelsen. 2016. Hämtad 2016 10-28 från: http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet/forbattra/forebyggatrycksar
72. Termbanken. Socialstyrelsen. 2016. Hämtad 2016-11-10 från: http://termbank.socialstyrelsen.se/?fSortingFld=22&fSortingDir=0&fSwitch=0&fTerm=v%C3%A5rdrelaterad+infektion&fSubject=0.0.0
73. Vårdrelaterade infektioner-framgångsfaktorer som förebygger. Sveriges Kommuner och Landsting; 2014.
74. Öppna jämförelser 2016 - Säker vård – En indikatorbaserad uppföljning Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
75. Socioekonomiska faktorers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
76. Komplikationer efter förlossning. Socialstyrelsen; 2018.
77. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
78. Diagnostisk checklista för förbättrad läkemedelsanvändning hos äldre. Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
79. Health Status. OECD. 2018. Hämtad 2018-11-26 från: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
80. En god vård? : övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat : öppna jämförelser 2017. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
81. Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
82. Nationella riktlinjer : vård vid stroke : målnivåer för indikatorer. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.
83. Nationella riktlinjer för vård vid stroke : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018.
84. Kjell Asplund, SL, Birgitta Stegmayr. End of life after stroke: A nationwide study of 42,502 deaths occurring within a year after stroke. European Stroke Journal. 2017.

85. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
86. Öppna jämförelser 2014. Läkemedelsbehandlingar. Jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
87. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
88. Öppna jämförelser Folkhälsa 2014. 2014:
89. Bipolär sjukdom. Socialstyrelsen. 2016 2016-07-21. Hämtad 2016 10-28 från: http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/Bipolarsjukdom/Sidor/default.aspx
90. Öppna jämförelser 2015. Hälso- och sjukvård vid kroniska sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
91. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2015. Kalmar: Svenska Palliativregistret; 2016.
92. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede. Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
93. Nationella riktlinjer – Utvärdering 2016. Palliativ vård i livets slutskede. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
94. Rosen, M. Sjukvårdens bidrag till folkhälsan: Längre liv, livskvalitet och funktionsförmåga. Lakartidningen. 1997.
95. Bunker, JP. Medicine matters after all. Journal of the Royal College of Physicians of London. 1995; 29(2):105-12.
96. John P Bunker, HSF, Frederick Mosteller. Improving health: measuring effects of medical care. The Milbank Quarterly. 1994; 72(2):225-58.
97. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2014. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2014.
98. Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2017. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2017.
99. Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
100. Folkhälsans utveckling – Årsrapport 2018. Folkhälsomyndigheten; 2018.
101. Meijer, E, Kapteyn, A, Andreyeva, T. Internationally comparable health indices. Health economics. 2011; 20(5):600-19.
102. Schnohr, CW, Gobina, I, Santos, T, Mazur, J, Alikasifuglu, M, Valimaa, R, et al. Semantics bias in cross-national comparative analyses: is it good or bad to have "fair" health? Health and quality of life outcomes. 2016; 14:70.
103. Hardy, MA, Acciai, F, Reyes, AM. How health conditions translate into self-ratings: a comparative study of older adults across Europe. Journal of health and social behavior. 2014; 55(3):320-41.
104. Jurges, H. True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health. Health economics. 2007; 16(2):163-78.
105. Klinge, B, Holmstrup, P. Parodontit och allmänsjukdomar. Tandläkartidningen. 2004; 2.
106. Stigendal, M, ., Östergren, P-O. Malmö's path towards a sustainable future: Health, welfare and justice. Malmö: Commission for a socially sustainable Malmö; 2013.
107. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2017 - Verksamhetstabeller. 2018. Hämtad 2019 01-07 från: https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html

108. Fullman, N, Yearwood, J, Abay, SM, Abbafati, C, Abd-Allah, F, Abdela, J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. 2018; 391(10136):2236-71.
109. Förslag till nationellt program för suicidprevention – befolkningsinriktade och individinriktade strategier och åtgärdsförslag. Stockholm: Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut; 2006.
110. Folkhälsan i Sverige - Årsrapport 2013. Stockholm: Socialstyrelsen. Statens folkhälsoinstitut.; 2013.
111. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
112. Livslängd och dödlighet i olika sociala grupper. Örebro: Statistiska Centralbyrån; 2016.
113. Kapaciteten i sjukvården – att hantera kritiska lägen. Socialstyrelsen; 2018.
114. Svenska trender 1986-2017. Göteborg: Göteborgs universitet; 2018.
115. Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
116. E-brev från Kajsa Westling, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016.
117. Regeringen. Uppdrag angående samverkansfunktion och handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens. 2017. Hämtad 2017 11-28 från: http://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2017/03/uppdrag-angaende-samverkansfunktion-och-handlingsplan-for-arbetet-mot-antibiotikaresistens/
118. Uppdrag angående samverkansfunktion och handlingsplan för arbetet mot antibiotikaresistens - regeringsbeslut. Stockholm: Regeringen; 2017.
119. Folkhälsomyndigheten. Sjukdomsstatistik. 2018. Hämtad 2018 12-07 från: www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/sjukdomsstatistik/
120. Framtida kostnader för antibiotikaresistens. Slutredovisning av regeringsuppdrag om direkta och indirekta kostnader och konsekvenser av antibiotikaresistens i svensk vård. Folkhälsomyndigheten; 2017.
121. Antimicrobial consumption rates by country. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 2018. Hämtad 2018-12-11 från: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/antimicrobial-resistance-and-consumption/antimicrobial-consumption/esac-net-database/Pages/Antimicrobial-consumption-rates-by-country.aspx
122. Blommaert, A, Marais, C, Hens, N, Coenen, S, Muller, A, Goossens, H, et al. Determinants of between-country differences in ambulatory antibiotic use and antibiotic resistance in Europe: a longitudinal observational study. J Antimicrob Chemother. 2014; 69(2):535-47.
123. Oxford, J, Goossens, H, Schedler, M, Sefton, A, Sessa, A, van der Velden, A. Factors influencing inappropriate antibiotic prescription in Europe. Educ Prim Care. 2013; 24(4):291-3.
124. Touboul-Lundgren, P, Jensen, S, Drai, J, Lindbaek, M. Identification of cultural determinants of antibiotic use cited in primary care in Europe: a mixed research synthesis study of integrated design "Culture is all around us". BMC Public Health. 2015; 15:908.
125. Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården. Arbetsmiljöverket. 2016. Hämtad från: https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden

126. Hälso- och sjukvård, förebyggande att skapa en bra arbetsmiljo. Arbetsmiljöverket. 2016. Hämtad 2016 11-02 från: https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/forebyggande---att-skapa-en-bra-arbetsmiljo
127. Statistik om sjukpenning och rehabiliteringspenning. 2019. Hämtad 2019 01-09 från: https://www.forsakringskassan.se/statistik/sjuk/sjuk-och-rehabiliteringspenning
128. Godkännande av en överenskommelse om utvecklingen och finansieringen av nationella kvalitetsregister för vård och omsorg under åren 2012–2016. Stockholm: Socialdepartementet; 2011.
129. Lapptäcke med otillräcklig täckning. Slututvärdering av satsningen på nationella kvalitetsregister.: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys; 2017.
130. Täckningsgrader 2018 – Jämförelser mellan nationella kvalitetsregister och hälsodataregistren. 2018. Hämtad 2019 01-08 från: http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-12-55
131. Kodningskvalitet i patientregistret. Ett nytt verktyg för att mäta kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.
132. Öppna jämförelser 2014. Cancersjukvård - jämförelser mellan landsting. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting; 2014.

Bilaga 1. Metod och redovisning

Med öppna jämförelser avses en indikatorbaserad uppföljning genom jämförelser, vilket huvudsakligen innebär att data bearbetas för att redovisa ett utfall enligt en definierad indikator samt olika redovisningsnivåer [1]. Jämförelserna kommenteras så att läsaren lättare ska kunna tolka utfallet. En närmare beskrivning av respektive indikator och hur de beräknas finns tillgängligt i *Bilaga 2. Indikatordata, länsprofiler och indikatorbeskrivningar*.

Om jämförelserna, diagram och tolkning

För resultatindikatorer, vilka utgör den största delen i rapporten, är tiden från eventuell åtgärd till synbar förändring av utfall oftast längre än för processindikatorer eftersom många samverkande faktorer normalt påverkar resultatet. För att exempelvis följa upp åtgärder för förbättringar kan resultatindikatorer kompletteras med verksamhetsnära delresultat och processindikatorer, vilka bör mätas kontinuerligt.

Det är önskvärt att redovisa så aktuella data som möjligt, men om datamängden är liten bör längre sammanlagda tidsperioder användas. Annars skulle underlaget bli för litet för att jämföra kvaliteten i den verksamhet eller det system som står för utfallet [2–4].

Att tänka på vid tolkning av jämförelser och resultat

Följande aspekter är viktiga att ha i åtanke vid tolkning av jämförelser och resultat:

- Indikatorerna är valda för att tillsammans ge en övergripande bild men det handlar trots allt om nedslag som belyser begränsade delar och aspekter av systemet.
- Jämförelserna ska fungera som utgångspunkt för vidare diskussion och analys.
- Kännedom om lokala förhållanden är en förutsättning för att värdera de lokala resultaten och hitta förbättringsmöjligheter.
- Ett bättre värde i relation till andra värden behöver inte vara ett bra resultat. I vissa fall har alla ett bra resultat, i andra fall har ingen ett bra resultat.
- För vissa indikatorer finns tydliga nationella målnivåer, men oftare är det mer otydligt vad som är möjligt och önskvärt att uppnå.
- För indikatorerna gäller att det är möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdssystemet men även andra faktorer spelar in och variationerna beror inte sällan på skillnader i förutsättningar.
- Utfall är en indikation på kvalitet men innehåller bland annat även en slumpfaktor, som i diagrammen illustreras av konfidensintervall [2–4].
- Jämförelserna har inte utformats för att stödja patienters val av vårdgivare.

Datakällor för indikatorerna

Datakällor för indikatorerna i rapporten
Befolkningsstatistik, Statistiska centralbyrån
Cancerregistret, Socialstyrelsen
Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen
Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten
Hälso- och sjukvårdsbarometern, Sveriges Kommuner och Landsting
Kommun och landstingsdatabasen, Rådet för främjande av kommunala analyser
Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen
Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen
Nationell Patientenkät, Sveriges Kommuner och Landsting
Nationella Diabetesregistret
Patientregistret, Socialstyrelsen
Riksstroke
SOS Alarm
Swedeheart
Rikshöft
Svenska Kolorektalcancerregistret
Tandhälsoregistret, Socialstyrelsen
Vaccinationsstatistik, Folkhälsomyndigheten
Väntetider i vården, Sveriges Kommuner och Landsting
Räkenskapssammandrag, Statistiska Centralbyrån
Vården i siffror, Sveriges Kommuner och Landsting

Internationella data

I de internationella jämförelser som presenteras kan fallgropar gällande jämförbarhet, datakvalitet och tolkning av resultaten i vissa fall förekomma. Ofta bygger uppgifterna på olikartade datakällor som har bearbetats och rapporterats från respektive land, och om enkätdata återges finns alltid skillnader i hur frågor och svarsalternativ formuleras och tolkas på olika språk. Tolkningen av vad ett resultat eller en indikator betyder i form av kvalitet och resultat kan också bli väldigt olika beroende på skillnader mellan länderna vad gäller förutsättningar och systemens utformning och funktion [5]. De internationella mått och indikatorer som presenters i denna rapport är ett urval och det finns fler tillgängliga hos exempelvis OECD och Eurostat. En viktig källa för internationella jämförelser är OECD:s kvalitetsindikatorer för sjukvården. De flesta av dessa indikatorer uppdateras vart annat år och det finns därför inga nya uppgifter för dessa sedan föregående års rapport. Årets rapport innehåller därför färre diagram med internationella jämförelser. Sveriges utfall som fanns med i förra rapporten refereras dock i texten.

Om diagrammen

Diagram som presenterar jämförelser mellan län och länder sorteras utifrån en önskvärd riktning. I normalfallet innebär sorteringsordningen att en placering till vänster eller högt upp i ett diagram är ett bättre utfall än en placering till höger eller längre ned.

Beakta att skalan på värdeaxeln kan skilja sig åt mellan olika diagram och ofta inte börjar på 0 eller inte går hela vägen till exempelvis 100 procent.

I vissa diagram som visar utvecklingen över tid visas även länen som cirklar, storleken på cirklarna motsvarar genomgående befolkningen (antalet kvinnor och män) i respektive län 2017. Detta kan skilja sig stort från fördelningen av exempelvis patienter mellan könen.

Konfidensintervall

I flera diagram redovisas 95-procentiga konfidensintervall med svarta streck vid de staplar eller prickar som markerar värdet. Konfidensintervall används ofta för att beskriva osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Flera av jämförelserna i denna rapport baseras dock inte på ett slumpmässigt urval utan på det totala antalet observationer under en viss tidsperiod. Det gäller exempelvis för uppgifter ur Socialstyrelsens hälsodataregister.

I samband med jämförelser av resultat och utfall som indikationer på kvalitet är det också vedertaget att ange den statistiska osäkerheten eftersom utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall av en process som utöver kvaliteten också innehåller en slumpfaktor [2–4]. Det är då osäkerheten på grund av denna variation som beskrivs med konfidensintervallen.

Indikatorurval

Det grundläggande arbetet med urvalet av indikatorer till det övergripande indikatorsetet gjordes inför den första rapporteringen 2016. Genom workshoppar och avstämningar har synpunkter och andra bidrag hämtats in från representanter från bland annat: Myndigheten för vårdanalys, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, landsting, kommunal hälso- och sjukvård, Sveriges Kommuner och Landsting, samt medarbetare på socialstyrelsens avdelningar för utvärdering och analys respektive statistik och jämförelser.

I de senare arbetet har främst avstämningar gjorts för specifika indikatorer och områden, exempelvis i samband med nya datainsamlingar och rapporteringar internt på Socialstyrelsen men även med exempelvis kvalitetsregister och Sveriges Kommuner och Landsting. Synpunkter på indikatorsetet har också inkommit vid exempelvis besök hos myndigheter, ideella organisationer, landsting och nationella nätverk. Socialstyrelsen välkomnar eventuella inspel kring urvalet. En förutsättning för eventuella ändringar är att följande egenskaper eftersträvas för indikatorsetet som helhet:

- **Överskådligt** genom en begränsning av antalet indikatorer.
- **Täckande** vad gäller verksamhetsdelar, större sjukdomsgrupper och relevanta dimensioner.
- **Balanserat**, en indikator kan enbart belysa mer eller mindre begränsade delar av systemet, därför bör de fördelas jämnt och i paritet med storleken på olika delar samt relevansen av olika dimensioner.

Samt att följande kriterier är vägledande i urvalet av enskilda indikatorer:

- **Bredd och relevans.** Indikatorn bör gärna gälla flera delar av hälso- och sjukvårdssystemet och stora volymer. Smalare indikatorer kan motiveras av att viktiga aspekter eller problem annars inte representeras.
- **Resultat.** Både resultatmått och processmått kan användas, men breda resultatmått prioriteras eftersom de i sig kan ses som övergripande mått på flera underliggande processer och prestationer.
- **Internationella referenspunkter.** Indikatorer som har internationella referenspunkter prioriteras, allra helst direkta jämförelser med flera länder.
- **Mätbar och tillgänglig.** Indikatorn ska vara mätbar, och väl definierad. Indikatorn bör återkommande kunna rapporteras på nationell nivå.
- **Vedertagen och valid.** Indikatorn bör vara vedertagen och gärna förekomma i andra etablerade sammanhang. Därmed antas även att den är valid, det vill säga ett bra mått på den aspekt som den avser att mäta.
- **Tolkningsbar.** Indikatorn ska stödja en värderande tolkning; man ska veta om det är bra eller dåligt att ha ett högt eller lågt värde.
- **Möjlig att påverka.** Det ska vara möjligt att påverka utfallet inom hälso- och sjukvårdsområdet på lokal, regional eller nationell nivå.

Ändringar i indikatorer och urval

Nedan redovisas ändringar i indikatorsetet sedan föregående rapportering. Orsakerna till förändringarna ser olika ut men utgår från ovan givna urvalskriterier. Ett viktigt sådant är att försöka begränsa antalet indikatorer. Att indikatorer lyfts ur detta övergripande indikatorsett innebär inte att de inte fortsätter att uppdateras och publiceras via exempelvis Socialstyrelsens webbplats eller *Vården i siffror*.

Ny indikator

Långvarig behandling med vissa sömnmedel och lugnande medel
Indikatorn har tagits med i indikatorsetet för att öka andelen indikatorer som berör psykiatrisk vård och för att indikatorn visar på stora och bestående skillnader mellan landsting, kön och utbildningsgrupper. Då det statistiska underlaget är stort passar det också för redovisning på kommunnivå, vilket görs som ett exempel i årets rapport. Även på kommunnivå finns stora skillnader. De stora skillnader som redovisas för län och kommuner kan indikera olikheter i vårdens praxis.

Ändrade indikatorer

Indikatorerna från nationell patientenkät
I årets rapportering avses primärvården medan föregående rapportering avsåg akutmottagningar. Undersökningarna görs för olika verksamhetsdelar för olika år/tidpunkter.

Väntetid från diagnos till behandling vid tjocktarmscancer
Måttet har ändrats från mediantid till andel inom 28 dagar vilket är i linje med hur ledtiden för standardiserade vårdförlopp mäts.

Utskrivningsklara patienter på sjukhus
Antalet dygn i täljaren räknas under ett år istället för som tidigare ett halvår – detta ger högre värden eftersom nämnaren oförändrat avser befolkningen.

Borttagna indikatorer

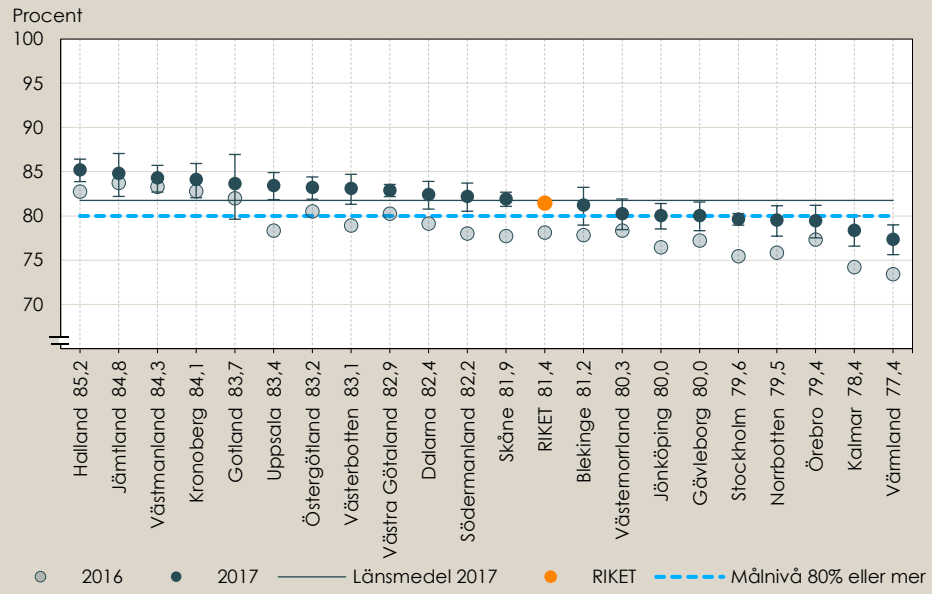
Patienttillfredsställelse efter total höftprotesoperation
Det är viktigt att följa patientrapporterade resultat i vården och även önskvärt i nationell uppföljning. Trots det har denna indikator tagits ur det övergripande indikatorsetet i årets redovisning. Mätmetoden har ändrats mot föregående år varför jämförelsen över tid inte skulle bli rättvisande. Indikatorn ger heller inte tydliga indikationer om skillnader i kvalitet på aggregerad landstingsnivå. Indikatorn kan fortsätta att följas i kvalitetsregistrets årsrapport och värden tillgängliggörs även via *Vården i siffror* där även värden på kliniknivå kan följas.

Antikoagulantia till riskpatienter
För 2017 var rikets värde för indikatorn *Antikoagulantia till riskpatienter* över den nationella målnivån för både kvinnor och män. Indikatorn har prioriterats bort i det begränsade övergripande indikatorsetet som presenteras i den här rapporten. Utöver att indikatorn på riksnivå ligger över den målnivå som anges så kan indikatorn behöva ses över med anledning av förändringar i nationella riktlinjerna beträffande urvalet läkemedel som rekommenderas.

Enstaka län och flera sjukhus ligger fortfarande under den aggregerade målnivån för indikatorn och dessa (och även andra) kan fortfarande behöva titta närmare på om rätt patienter får (rätt) strokeförebyggande behandling.

B.1. Antikoagulantia till riskpatienter (borttagen indikator 2018)

Andel patienter med antikoagulantiabehandling inom 182 dagar efter utskrivning från vårdtillfälle med förmaksflimmer och med riskfaktor för stroke. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Referenser (bilaga 1)

1. Handbok för utveckling av indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
2. Anne-Margreet van Dishoeck, Hester F Lingsma, Johan P Mackenbach, Steyerberg, EW. Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. BMJ Quality & Safety Online: BMJ; 2011.
3. Anne-Margreet van Dishoeck, C W N Looman, E C M van der Wilden-van Lier, J P Mackenbach, Steyerberg, EW. Displaying random variation in comparing hospital performance. BMJ Quality & Safety Online: BMJ; 2011. s. 651–7.
4. Shewhart, WA. Economic Control of Quality of Manufactured Product. New York: Van Nostrand; 1931.
5. So what? Strategies across Europe to assess quality of care. Luxembourg: European Comisson; 2016.